ROK VII WARSZAWA 1933 KWIECIEŃ ZESZYT IV

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Dusznica bolesna.

Stenocardia. Angina pectoris [1]).

PODAŁ

WITOLD ORŁOWSKI.

Dyrektor II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.

Określenie i przyczyny. Odróżniamy dwie postaci dusznicy bolesnej: organiczną i czynnościową. Organiczną dusznicą bolesną (stenocardia s. angina pectoris organica) nazywamy bardzo charakterystyczny zespół objawów z bólem w okolicy serca na czele, zależny w ogromnej większości przypadków od zmian organicznych w tętnicach wieńcowych serca, powstających najczęściej na tle ich stwardnienia (arteriosclerosis). To też prawie zawsze w przypadkach dusznicy bolesnej stwierdza się stwardnienie tętnic. Czynniki, które wiodą do stwardnienia tętnic, figurują również wśród przyczyn dusznicy bolesnej. Tem się tłumaczy, że dusznicę bolesną spostrzegamy przeważnie u osób powyżej 50 — 60 roku życia. Wielką rolę odgrywa również zakażenie kiłowe, które może wywoływać t. zw. zarostowe zapalenie tętnic wieńcowych serca (endarteriitis obliterans) albo zwężać ujście tych tętnic i w ten sposób pogarszać odżywianie mięśnia sercowego. Statystyki dowodzą, że dusznica bolesna u chorych z tętniakiem tętnicy głównej jest zawsze pochodzenia kiłowego, a w przypadkach z organiczną niedomykalnością zastawek tętnicy głównej jest prawie zawsze, bo w 90%, tegoż pochodzenia. Dusznica bolesna u chorych poniżej 40 roku życia jest pochodzenia kiłowego w 44%, od 40 — 50 roku życia w 24% i powyżej 50 roku życia w 17%. Kiła bywa zatem czynnikiem przyczynowym dusznicy bolesnej tem częściej, im młodszy jest wiek chorych. O niej więc zawsze trzeba pamiętać, gdy dusznica bolesna rozpoczyna się w stosunkowo młodym wieku, — pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Doświadczenie kliniczne dowodzi również

[1]) Rozdział z drukującego się obecnie podręcznika autora „Choroby serca i naczyń krwionośnych".

wpływu nadużywania tytoniu na powstawanie dusznicy bolesnej. Czynnik tem sam przez się był przyczyną dusznicy bolesnej w obszernej statystyce *J. Pawińskiego* (1075 przypadków stwardnienia tętnic wieńcowych serca) w 19,4%, a w 41,9% zajmował pierwsze miejsce wśród innych czynników przyczynowych stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Wreszcie nikotyna wywołuje kurcze tętnic wieńcowych serca, które mogą się objawiać w postaci napadów dusznicy czynnościowej.

Z wad zastawek serca dołącza się organiczna dusznica bolesna szczególnie często do wad zastawek tętnicy głównej, które to wady, jak już wiemy, powstają najczęściej na tle kiły i stwardnienia tętnic. W zwężeniu lewego ujścia tętniczego odgrywa rolę również stałe niedokrwienie mięśnia sercowego, zależne od samej wady. Ciekawe jest to, że, gdy do wady zastawek tętnicy głównej dołączy się zwężenie lewego ujścia żylnego albo organiczna lub czynnościowa niedomykalność zastawki dwudzielnej, to dusznica bolesna bardzo często słabnie lub znika. Prawdopodobnie zależy to od odciążenia lewej komory, następującego wskutek skojarzenia wad.

Rzadziej dusznica bolesna powstaje na tle zatoru tętnic wieńcowych serca, który spostrzega się w toku zapaleń wsierdzia oraz w przypadkach ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego, gdy wskutek znacznego zalegania krwi w lewym przedsionku lub w lewej komorze wytwarzają się skrzepy, których cząsteczki, odrywając się, dostają się do tętnic wieńcowych serca.

Dusznicę bolesną spostrzega się częściej (w statystyce *J. Pawińskiego* 5-krotnie) u mężczyzn, niż u kobiet, a to z tego powodu, że jej czynniki przyczynowe działają częściej u mężczyzn. U żydów dusznica bolesna jest częstsza, niż u chrześcijan; w statystyce *J. Pawińskiego* stosunek ten wynosi 100 : 74.

Anatomja patologiczna. W przeważającej większości przypadków organicznej dusznicy bolesnej badanie pośmiertne stwierdza zmiany anatomiczne w tętnicach wieńcowych serca, zwłaszcza w przedniej gałązce zstępującej lewej tętnicy. Tętnice są zwężone, nawet niedrożne. Nad to stwierdza się uszkodzenie mięśnia sercowego, szczególnie w przegrodzie międzykomorowej i w okolicy koniuszka.

Wywód chorobowy. Panujący obecnie pogląd uzależnia dusznicę bolesną od niedokrwienia mięśnia sercowego, które powstaje wskutek zmian organicznych w tętnicach wieńcowych serca. Jednak nawet bardzo rozległe zmiany, przeistaczające te naczynia w sztywne rurki, niekoniecznie, wiodą do dusznicy bolesnej. Naodwrót zdarzają się przypadki dusznicy, w których badanie pośmiertne wykrywa tylko bardzo małe zmiany w tętnicach wieńcowych. Niezbędny więc jest dla powstania dusznicy bolesnej jeszcze czynnik dodatkowy. Jest nim kurcz tętnic wieńcowych, który pogarsza niedokrwienie i odżywianie mięśnia sercowego. Kurcz może się pojawić pod wpływem wszelkich okoliczności, które powiększają pracę serca, jako to: wchodzenie na schody, szybki ruch, usilne napinanie tłoczni brzusznej, podniecenie psychiczne i t. d. Dopływ krwi, który wystarcza dopóki tętnice wieńcowe serca nie uległy zmianom, staje się u chorych ze zmienionemi tętnicami wieńcowemi w razie przeciążenia niedostateczny. Ponieważ mięsień sercowy otrzymuje za mało tlenu, gromadzą się w nim wytwory znużenia pracującego mięśnia, a te, nie usuwane dostatecznie szybko, wywołują przeczulicę splotu sercowego. Na tem tle powstaje kurcz tych tętnic wieńcowych, które są jeszcze zdolne do kurczenia się. To pogarsza jeszcze więcej odżywianie mięśnia sercowego i wywołuje napad bólu. Napad dusznicy bolesnej jest zatem wyrazem wyczerpania mięśnia sercowego wskutek jego niedokrwienia. Pod tym względem jest on niejako zjawiskiem obronnem, alarmującem, że od mięśnia sercowego zażądano pracy nadmiernej. To, że pomimo wysiłków fizycznych niema dusznicy bolesnej u chorych z dużemi zmianami anatomicznemi w tętnicach wieńcowych serca, może zależeć właśnie od utraty (wskutek tych zmian) zdolności tętnic do kurczenia się, z drugiej zaś strony może odgrywać tu dużą rolę także stopień rozwoju obocznego krążenia krwi w sercu. Wbrew dawnemu poglądowi, wiemy dziś, że tętnice wieńcowe nie są anatomicznie tętnicami końcowemi, lecz że mają zespolenia między sobą oraz z tętnicami osierdzia, przepony i warstwy zewnętrznej (adventitia) tętnicy głównej. Stopniem rozwoju tych zespoleń tłumaczy się, dla czego w jednych przypadkach już niedrożność drobnej stosunkowo gałązki tętnicy wieńcowej wyzwala napad dusznicy bolesnej, nawet kończący się śmiercią chorego, a w innych przypadkach o wiele

większe zwężenie, stwardnienie lub zarośnięcie albo zaczopowanie tętnicy, nie wywołuje napadu albo wywołuje tylko lekki napad.

W ostatnich latach w ujęciu patogenetycznem dusznicy bolesnej zwrócono uwagę na rolę zwojów szyjnego odcinka nerwu współczulnego razem ze zwojem gwiaździstym (ganglion stellatum). W tych zwojach znajdowano u chorych na dusznicę bolesną zmiany o charakterze zwyrodnienia, zaniku oraz rozwoju tkanki łącznej. Podrażnienie zwojów wywołuje napady, podobne do dusznicowych, znieczulenie zaś oraz wycięcie zwojów usuwa je. Na podstawie tych spostrzeżeń i badań zbudowano teorję, według której cierpienie zwojów nerwu współczulnego na szyi oraz zwoju gwiaździstego wywołuje kurcze tętnic wieńcowych serca, których objawem jest początkowo dusznica bolesna czynnościowa. Z biegiem czasu dochodzi na tle kurczów do stwardnienia tętnic wieńcowych serca i do przejścia dusznicy czynnościowej w organiczną.

Zupełnie odmienne zapatrywanie na patogenezę dusznicy bolesnej wygłosił *Wenckebach*. Wychodzi on ze spostrzeżeń, że ruch wywołuje przyspieszenie czynności serca, zwiększenie jego pojemności minutowej (ilości krwi, wyrzucanej na 1 minutę), częstości i głębokości oddechów, pobierania tlenu i oddawania bezwodnika kwasu węglowego, wreszcie podnosi ciśnienie tętnicze. Wszystko to, przedewszystkiem zaś wzmożenie ciśnienia, obniża się po paru minutach do poziomu prawidłowego lub nieco tylko zwiększonego wśród objawów odruchowego rozszerzenia tętnic. Okres czasu od rozpoczęcia ruchu do powstania tego odruchu odprężającego nazywa się okresem utajenia fizjologicznego odruchu odprężającego. To zjawisko jest przyczyną często spostrzeganego podczas pracy t. zw. zahamowania początkowego, które może się wzmagać aż do stanu krytycznego, zwanego punktem martwym, po którym wreszcie następuje t. zw. „second wind“, to znaczy drugi oddech, znamionujący odprężenie. Zdaniem *Wenckebacha*, w dusznicy bolesnej zachodzi opóźnienie się odruchu, odprężającego fizjologiczne zahamowanie początkowe z jego martwym punktem. To opóźnienie, objawia się, według zapatrywania *Wenckebacha*, uczuciem bólu, który już sam przez się, zwłaszcza zaś wskutek dołączającego się podniecenia psychicznego, wywołuje zwężenie tętnic obwodowych i wzmożenie pracy serca z następowem podwyższeniem ciśnienia tętniczego. W ten sposób powstaje błędne koło: wzmożone ciśnienie tętnicze, wywołując silniejsze napięcie ściany tętniczej, wywołuje ból, a ból zwiększa ciśnienie krwi. Jeżeli rozpoczynać pracę stopniowo i ostrożnie, to objawy okresu utajenia fizjologicznego odruchu odprężającego wzrastają powoli i nie dochodzą do martwego punktu, gdyż wcześniej nastąpi okres odprężenia. W tych warunkach bólu nie będzie. W ten sposób *Wenckebach* zrywa z ogólnie przyjętą teorją kurczowego pochodzenia dusznicy bolesnej i podaje jednocześnie zasadniczą wskazówkę dla zapobiegania napadom dusznicowym, polegająca na unikaniu wszystkiego, co może wywołać szybki wzrost ciśnienia tętniczego.

R. Schmidt nie godzi się również z ogólnem zapatrywaniem na dusznicę bolesną jako na cierpienie, powstające z powodu nagłego niedokrwienia mięśnia sercowego, wskutek kurczu tętnic wieńcowych serca, uległych przeważnie stwardnieniu. Jego zdaniem dusznica bolesna stoi w związku ze stanem pewnego uczulenia nerwowego splotu sercowoaortowego (plexus cardioaorticus), który znajduje się w zewnętrznej warstwie ściany tętnicy głównej oraz tętnic serca. To uczulenie wywołują często te same czynniki, które wiodą do stwardnienia tętnic oraz do nadciśnienia tętniczego. Należą tu czynniki szkodliwe pochodzenia zewnętrznego, jak nadużycie tytoniu, wyczerpanie fizyczne i t. d., oraz pochodzenia wewnętrznego w postaci zaburzeń przemiany materji (skaza dnawa i inne), gruczołów dokrewnych i t. d. Oprócz ogromnego przeczulenia splotu cechuje chorych takich szczególna skłonność do kurczów naczyniowych na obwodzie (skaza naczyniowa). Według *Schmidta*, napad dusznicy bolesnej powstaje w sposób następujący: Wysiłek fizyczny lub podnieta psychiczna lub inny czynnik szkodliwy, często nawet, zdawałoby się, błahy, nie wyłączając wpływów meteorologicznych (np. zadziałania zimna), wzmaga pracę serca i podnosi ciśnienie tętnicze. Pobudza to bardzo znacznie przeczulony splot sercowoaortowy. Tą drogą poprzez rdzeń przedłużony powstają rozległe kurcze tętnic obwodowych, które obciążają serce i tętnicę główną. To obciążenie ze swojej strony jeszcze więcej podrażnia splot, co objawia się uczuciem bólu dusznicowego. Wedle *Schmidta*, dusznica bolesna przedstawia

zatem pewien stan czynnościowy, stojący w związku z uczuleniem splotu nerwowo-aortowego i ze skazą kurczowonaczyniową, czyli jest nerwicą.

Objawy. Dusznica bolesna rozpoczyna się ostro gwałtownemi napadami bólów w okolicy serca albo, co bywa o wiele częściej, napad poprzedzają przykre dolegliwości sercowe w postaci ściskania, gniecenia lub palenia poza mostkiem. Dolegliwości te występują podczas chodzenia, wogóle podczas wysiłków fizycznych, podniecenia psychicznego, po sutym obiedzie i t. d. świadcząc o pewnym stopniu, jakkolwiek jeszcze niedużym, osłabienia mięśnia sercowego. Tu należy wcześnie nieraz występujący objaw zatkania oddechu, opisany przez francuzów pod nazwą „respiration bouchée". Polega on na tem, że chory musi podczas chodzenia przerwać ruch, chociaż nie odczuwa ani bólu, ani bicia serca, ani istotnej zadyszki. To utrudnienie oddychania bywa w początkowym okresie choroby bardzo słabe, tak iż o niem dowiadujemy się tylko przez rozpytywanie chorego. Objaw zatkania oddechu może być przez pewien czas jedynym objawem nierozwiniętej jeszcze dusznicy bolesnej. W innych przypadkach utrudnienie oddychania istnieje równocześnie z powyżej opisanemi dolegliwościami, które zapowiadają dusznicę. Z biegiem czasu dolegliwości wzmagają się coraz bardziej, aż wreszcie zjawia się typowy napad dusznicy bolesnej.

Napad pojawia się zwykle podczas chodzenia, pracy fizycznej po spożyciu obfitszego pokarmu, pod wpływem podniecenia psychicznego, we śnie i t. d. Godne zaznaczenia, że pojawianie się napadu łączy się nieraz ze zmianą ciepłoty powietrza: chory dostaje napadu za każdym razem, gdy wychodzi z ciepłego lokalu na chłodniejsze powietrze. Niektórzy tłumaczą ten związek wpływem ciężkiego ubrania. Z tem jednak zgodzić się nie można, zwykle bowiem po kilku minutach napad ustępuje i chory może iść dalej. Prawdopodobnie, wpływa tu sama różnica ciepłoty: przejście na powietrze chłodniejsze wywołuje chwilowy kurcz naczyń obwodowych, wzmagający zapotrzebowanie pracy serca.

Napad bólu w dusznicy powstaje zwykle już w czasie wysiłku albo bezpośrednio po nim. Zdarzają się jednak przypadki, w których napad pojawia się później, nawet w parę godzin po wysiłku albo podniecie psychicznej. Niekiedy wreszcie chory nie może nam podać, że wykonał jakiś większy wysiłek w ostatnim czasie. W tych przypadkach napad bywa nieraz poprzedzony długotrwałem przepracowaniem. Zdarza się, że ten sam wysiłek jużto wywołuje napad, jużto nie, a nawet chory może czasem wykonać większy wysiłek bez napadu. Zależy to od działania zmiennych czynników dodatkowych, utrudniających chwilowo pracę serca np. dużego wzdęcia brzucha, niepokoju psychicznego i t. d.

Bóle mają charakter różny: kłujący, przeszywający nawskroś klatkę piersiową, rwący, ściskający i t. d. Najczęstszą siedzibą bólu jest okolica mostka, rzadziej dołek podsercowy (praecardium). Ból nie ogranicza się najczęściej do tego miejsca, lecz rozchodzi się do lewego splotu barkowego, czasami w obydwie strony, do lewej łopatki, lewego łokcia, małego i czwartego palca i do zewnętrznej powierzchni środkowego palca lewej ręki, słowem wzdłuż lewego nerwu pośrodkowego (n. medianus) i rozgałęzień nerwu łokciowego (n, ulnaris). Czasami ból rozprzestrzenia się również na szyję, żuchwę, nadbrzusze, plecy, w bardzo silnym napadzie nawet na lewą, a czasami także prawą nogę. W lekkich napadach zamiast bólu w lewej ręce chory odczuwa mrowienie lub drętwienie. Niekiedy bóle zaczynają się nie w okolicy serca, lecz w plecach, żuchwie, jądrach, odbycie i t. d., skąd ból rozpromienia się do okolicy serca.

Napadowi towarzyszy ogromny niepokój, uczucie zbliżającej się śmierci i ogólne wyczerpanie. Na twarzy maluje się ogromne cierpienie, oczy błędne, twarz i kończyny pokrywają się zimnym potem i sinieją.

Badając w napadzie układ krwionośny, nie stwierdza się opukowo żadnych zmian stłumienia sercowego, o ile ich nie wywołuje choroba zasadnicza. Osłuchowo: tony głośne z dużem wzmocnieniem pierwszego tonu nad koniuszkiem i nad tętnicą główną; czynność serca przyśpieszona, prawidłowej częstości, albo zwolniona; niekiedy przeciwnie — tony są słabe, głuche; niekiedy słyszy się szmer skurczowy, nawet dość silny; jest to objaw, świadczący tu o osłabieniu mięśnia sercowego. Tętno nieraz jest przyśpieszone, może być jednak częstości prawidłowej, lub zwolnione, czasem jest bardziej napięte, pomimo nawet dobrej czynności serca drobne, wskutek kurczu tętnic obwodowych. Czasami spostrzega się niemiarowość tętna, słowem zachowanie się tętna może być różne nawet

u tego samego chorego podczas różnych napadów.

Napadom towarzyszą nieraz objawy w zakresie narządu oddechowego oraz przewodu pokarmowego w postaci uczucia braku tchu, odbijania, wzdęcia brzucha, rzadziej wymiotów. Zależą one od tego, że splot sercowy jest zespolony z nerwami przeponowym i błędnym. Te dolegliwości są nieraz powodem mylnego przekonania chorych, że są oni dotknięci chorobą płuc lub żołądka, tem bardziej, że dość często pod koniec napadu pojawia się odbijanie, kojarząc się ze złagodzeniem bólu. W napadzie spostrzega się także inne objawy odruchowe, np. ślinienie, nudności, obfite oddawanie jasnego moczu (urina spastica i t. d.).

Napad trwa czasami kilka minut. Jeżeli się pojawia podczas ruchu, nieraz dość choremu stanąć, by napad szybko ustąpił. W innych przypadkach napad trwa ½ godz. i dłużej, jużto słabnąc, jużto wzmagając się.

W okresie między napadami badanie serca może nie wykrywać żadnych zmian, albo wykrywa jakieś zmiany w sercu, najczęściej zwyrodnienie mięśnia sercowego, oraz stwardnienie tętnicy głównej i tętnic obwodowych. *Schmidt* podał t. zw. objaw lewego splotu ramiennego (plexus brachialis), który się spostrzega w czasie napadu i między napadami. Polega on na nadmiernej bolesności splotu nerwu ramiennego w razie ucisku na splot w lewym dołku nadobojczykowym albo na bruzdę mięśnia dwugłowego ramienia. Objaw *Schmidta* spotyka się czasami *(R. Glassner)* już w tym okresie, w którym niema jeszcze dużych napadów dusznicy bolesnej ani wyraźnych zmian przedmiotowych w układzie krążenia. Dodatni objaw splotu ramiennego nakazuje wielką ostrożność w rokowaniu, pomimo bowiem braku klasycznych objawów dusznicy bolesnej oraz przedmiotowych zmian w sercu spostrzegano *(Glassner)* nagłe zejście śmiertelne tych chorych.

Prócz napadów klasycznych może dusznica bolesna objawiać się w postaciach atypowych. Z nich najczęściej spostrzega się postać, którąby można nazwać nerwobólową (stenocardia neuralgica). Występuje ona jako nerwoból n. trójdzielnego lub potylicznego lub splotu ramiennego (neuralgia n. trigemini, n. occipitalis, plexus brachialis). Nieco rzadziej dusznica bolesna objawia się w postaci bólu żołądkowego (gastralgia), objawiając się uczuciem bólu ściskającego w dołku podsercowym, gniecenia, wzdęcia nadbrzusza oraz odbijaniem, które sprowadza ulgę. Tę postać rozpoznaje się często mylnie jako niestrawność nerwową (dyspepsia nervosa). Dusznica bolesna jelitowa (stenocardia intestinalis) objawia się silnem bolesnem wzdęciem brzucha, któremu towarzyszy uczucie silnego wyczerpania oraz gwałtowne parcie na stolec na szczycie napadu; z odejściem stolca lub wiatrów napad nieraz ustępuje, pozostawiając ogólne osłabienie. Ta postać, brana nieraz mylnie za nerwicę, może być powodem nagłej śmierci podczas oddawania stolca. Najrzadszą postacią atypową jest dusznica bolesna nerkowopęcherzowa (stenocardia renovesicalis), przypominająca zupełnie napad kolki nerkowej. We wszystkich tych postaciach atypowych, z wyjątkiem nerwobólowej, bóle sadowią się w brzuchu, skąd jednak najczęściej rozpromieniają się do klatki piersiowej.

Przebieg choroby jest niejednolity. Najczęściej jest on przewlekły postępujący, nieco rzadziej po miesiącach lub latach nastaje ulga, która po pewnym czasie ustępuje miejsca stałym już napadom. Czasami zaś rozpoczyna się dusznica bolesna bardzo gwałtownym napadem, po którym następuje kilkomiesięczna, a nawet kilkoletnia przerwa, a następnie napady wracają znowu. Nawet ciężkie napady niezawsze kończą się zejściem śmiertelnem, zależnie od wyrównania ukrwienia mięśnia sercowego przez krążenie oboczne. Napady nieraz słabną i nawet ustępują z osłabieniem mięśnia sercowego i znowu się pojawiają lub stają się częstsze, gdy zapomocą spokoju, naparstnicy i t. d. usunie się niewydolność krążenia. Prawdopodobnie zależy to od tego, że w okresie niewydolności chory bardziej się oszczędza. Jeżeli dusznica towarzyszy wadzie zastawek tętnicy głównej, to objawy jej słabną lub znikają z chwilą dołączenia się organicznej lub czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej albo zwężenia lewego ujścia żylnego, słowem z chwilą t. zw. „mitralizacji" wady. Chorzy umierają albo w napadzie albo wśród objawów przewlekającej się niewydolności krążenia, udaru mózgowego (apoplexia), mocznicy (uraemia) lub chorób przypadkowych.

Rozpoznanie dusznicy bolesnej opiera się na typowych napadach bólów, przebie-

gających z uczuciem ogromnego niepokoju i z lękiem śmierci.

Rozpoznanie różnicowe. Należy uwzględnić 1) t. zw. aortalgję (p. rozdział E, I, 2) 2) dusznicę przekrwienną (angina hypercyanotica) (p. rozdział G., I, 3), 3) dusznicę bolesną czynnościową (p. rozdział J., I).

Aortalgja cechuje się również bólami za mostkiem, które mogą rozchodzić się w tych samych kierunkach, co i w dusznicy bolesnej. Aortalgję wyzwalają również wysiłki fizyczne oraz podniety psychiczne. Spostrzega się tu także stwardnienie tętnic, nieraz prócz tego wadę zastawek tętnicy głównej. Wreszcie aortalgja występuje także powyżej 50 roku życia. To są wspólne objawy aortalgji i dusznicy bolesnej. Typowe przypadki dadzą się jednak odróżnić. Mianowicie za dusznicą bolesną przemawiają:

1) *napadowy charakter bólu, natomiast w aortalgji ból następuje zawsze po każdym wysiłku;*
2) *straszny, nieznośny poziom bólu;*
3) *uczucie grożącej śmierci;*
4) *uczucie wyczerpania po napadzie;*
5) *objawy niewydolności krążenia, dołączającej się do napadu, zwłaszcza jeżeli ich nie było przedtem;*
6) *zaburzenia czynności serca (tętno naprzemienne, skurcze dodatkowe, inne zaburzenia miarowości serca), powstające w napadzie lub po nim, o ile ich nie było przed napadem.*

Natomiast początkowe postaci dusznicy bolesnej nieraz nader trudno odróżnić od aortalgji, przebiegają one bowiem bez „dużych objawów“, a z drugiej strony czasami także w aortalgji ból bywa gwałtowny, gdy się sprawa powikła dusznicą bolesną czynnościową. W tych przypadkach należy zwrócić szczególną uwagę, czy niema objawów, świadczących o zmianach w mięśniu sercowym (myocarditis), w postaci dużego nużenia się podczas ruchów, łatwego występowania duszności i t. d. Objawy takie przechylają szalę na stronę stwardnienia tętnic wieńcowych serca, a więc przemawiają za dusznicą bolesną.

Aortalgja może z biegiem czasu powikłać się dusznicą bolesną organiczną. Dzieje się to wtenczas, gdy zmiany ze stwardnienia tętnic lub kiłowe w tętnicy głównej, rozszerzając się, dojdą do ujścia chociażby jednej z tętnic wieńcowych serca, wywołując pogorszenie ukrwienia mięśnia sercowego, albo gdy do kiły tętnicy głównej dołączą się zmiany kiłowe w tętnicach wieńcowych serca.

Od t. zw. dusznicy przekrwiennej (angina hypercyanotica), którą spostrzega się w stwardnieniu tętnicy płucnej w postaci bólów, podobnych do aortalgji, dusznica bolesna różni się tem, że tamto cierpienie przebiega bez uczucia zbliżającej się śmierci, a z wybitną sinicą.

Różnicowanie od dusznicy bolesnej czynnościowej omówię w rozdziale o nerwicach sercowonaczyniowych (rozdział L. I).

Postaci atypowe organicznej dusznicy bolesnej rozpoznaje się na podstawie towarzyszących im czasami stanów trwogi, dochodzącej niekiedy do obawy śmierci, pojawiania się od czasu do czasu typowych napadów dusznicy oraz stwierdzenia czynników wyzwalających, które są te same, co w dusznicy bolesnej zupełnie rozwiniętej. Na szczególną uwagę zasługuje postać początkowa, która objawia się w postaci nerwobólu nerwu trójdzielnego. Nieraz uchodzi ona za ból zęba i jest leczona według tego, lecz oczywiście bezskutecznie, a nawet z wyraźną szkodą dla chorego. Od pomyłki tu chronić powinno wyraźne następowanie bólu po podnieceniu psychicznem, pod wpływem szybkiego chodzenia, zwłaszcza na schody, wyraźne pogarszanie się lub pojawianie się bólu dusznicowego po miejscowem zastosowaniu adrenaliny, zwężającej naczynia. Naodwrót leki, rozszerzające naczynia, usuwają ból.

W różnicowaniu należy mieć również na względzie bóle napadowe innego pochodzenia, pojawiające się w okolicy serca. Tu należą przedewszystkiem nerwobóle międzyżebrowe (neuralgia intercostalis), powstające najczęściej na tle przeziębienia (neuralgia a frigore) albo toksycznem (neuralgia toxica), wskutek wadliwej przemiany materji (w skazie dnawej, w cukrzycy i t. d.) lub jadów pochodzenia zewnętrznego (najczęściej przewlekły alkoholizm lub nadużywanie tytoniu). Bóle w okolicy serca mogą powstawać też w przypadkach tętniaka tętnicy głównej w pewnych położeniach ciała chorego, w zapaleniu okostnej, mięśni międzyżebrowych, gruczołu sutkowego, w chorobach płuc i opłucnej (zapalenie opłucnej, zwłaszcza przeponowe — pleuritis diaphragmatica, nowotwory, zrosty opłucnej i t. d.), w podrażnieniu korzonków grzbietowych na tle zniekształtniającego lub gruźliczego lub ki-

łowego zapalenia stawów kręgosłupa (spondylitis deformans, tuberculosa, luetica) albo kiły mózgowordzeniowej (lues cerebrospinalis) i t. d. Wszystkie te sprawy muszą być uwzględnione przy rozpoznawaniu dusznicy bolesnej.

Rokowanie jest zawsze niepewne. Choroba może trwać latami, ustępując nawet na rok i dłużej. Już jednak pierwszy napad może skończyć się zejściem śmiertelnem. Dusznica, objawiająca się napadami już w spoczynku, rokuje o wiele gorzej, niż dusznica, powstająca po wysiłkach. Organiczna niedomykalność zastawek tętnicy głównej oraz zwężenie lewego ujścia tętniczego pogarsza zwykle przebieg dusznicy, natomiast wady zastawki dwudzielnej zwykle wywołują poprawę albo nawet usuwają napady. Kojarzenie się organicznej niedomykalności zastawek tętnicy głównej z organiczną lub czynnościową niedomykalnością zastawki dwudzielnej, odciążając lewą komorę, wywiera przeważnie dobry wpływ na dalszy przebieg dusznicy.

Leczenie organicznej dusznicy bolesnej ma dwa zadania: 1) usunięcie napadu i 2) zapobieganie nawrotom.

Postępowanie lecznicze w czasie napadu wymaga przedewszystkiem jaknajwiększego oszczędzania serca. Naczelne miejsce zajmuje tu spokój fizyczny i duchowy. Choremu poleca się takie położenie ciała, w którem on się czuje najlepiej. Następnie stosuje się zabiegi zewnętrzne, częściowo łagodzące ból, częściowo rozszerzające odruchowo naczynia krwionośne. Stosuje się więc gorące okłady na okolicę serca w postaci gorących butelek, worków gumowych z gorącą wodą, termoforów, poduszek elektrycznych, gorczyczniki na okolicę serca, dołka podsercowego lub na plecach, gorące nożne kąpiele z dodatkiem 10 — 20 dkgr. tłuczonego czarnego nasienia gorczycznego, gorące kąpiele ręczne z octem, bańki suche na klatkę piersiową, szczotkowanie okolicy serca i górnych kończyn wyskokiem gorczycznym. Prócz tego w razie lekkiego osłabienia serca podaje się czarną kawę, konjak, mocne wino, krople kozłka lub Hoffmana.

Rp. Liquoris anodyni Hoffmani.
Tincturae valerianae aethereae aa 10,0.
M. D. S. Po 20 kropli w razie potrzeby.

Jeżeli napad nie ustępuje, w przypadkach z tętnem dobrze napiętem stosuje się leki rozszerzające naczynia krwionośne, zwłaszcza górnej części tułowia, szyi i głowy. W tym celu stosuje się wdychiwania azotynu amylowego po 3 krople.

Rp. Amyli nitrosi gtt III.
D. t. d. N V ad tubulum vitreum.
S. Rozmiąć w chusteczce i wdychać.

Wdychiwanie azotynu amylowego wywołuje zaczerwienienie twarzy, uderzenia krwi do głowy i usuwa często napad. Dobre wyniki daje też wstrzykiwanie podskórne lub dożylne lub domięśniowe 1 cm³ 2 — 3% azotynu sodowego (natrium nitrosum).

Rp. 2% (lub 3%) natrii nitrosi in amp. à 1 cm³.
D. t. d. N VI.
S. Po 1 ampułce w czasie napadu podskórnie lub domięśniowo lub dożylnie.

Powolniej działa nitrogliceryna, działanie jej trwa czas dłuższy. Stosuje się 1% roztwór wyskokowy po 1 — 2 kropli na podstawę języka, przyczem chory nie powinien tych kropli połykać.

Rp. 1% Sol. nitroglycerini alcoholicae 10,0.
D. S. Po 1 — 2 kropli w czasie napadu.

Rp. Nitroglycerini perlingual „Klawe" lag. unam.
D. S. Po 1 — 2 kropli w czasie napadu.

Stwierdzono, że leki, rozpuszczalne w lipoidach (alkaloidy, narcotica) lub rozpuszczone w wyskoku albo w chloroformie, które same rozpuszczają się w lipoidach, wchłaniają się o wiele szybciej i dlatego działają szybciej i energiczniej już w mniejszych dawkach z podstawy języka. Do tych leków należy także 1% roztwór wyskokowy nitrogliceryny. Już kropla jego, rozmazana na podstawie języka, zwłaszcza jeżeli chory trzyma język wysunięty tak, aby kropla nie rozlała się na sąsiednie części jamy ustnej, których zdolność chłonna jest mniejsza, wywiera nader szybko (już po 1 min.) skuteczne działanie. W sprzedaży są kołaczyki, zawierające 0,0005 — 0,001 nitrogliceryny. Ta postać leku, jak się przekonałem, jest mniej właściwa, nitrogliceryna bowiem w kołaczykach wkrótce się rozkłada. Jeżeli napad nie ustępuje, lek można paro-

krotnie powtórzyć w odstępach ½ godzinnych.

Poleca się w napadzie również atropinę oraz papawerynę, które znoszą skurcze naczyniowe. Atropinę wstrzykuje się po 1 cm³ 0,1% wodnego roztworu podskórnie, papawerynę po 1 cm³ 2% wodnego roztworu również podskórnie.

Rp. 0,1% Solutionis atropini sulfurici in amp. steril à 1 cm³.
D. t. d. Nr V.
S. Po 1 ampułce do wstrzykiwań podskórnych.

Rp. 2% Solutionis papaverini muriatici in amp. a 1 cm³.
D. t. d. Nr. V.
S. Po 1 ampułce do wstrzykiwań podskórnych.

Jeżeli napad przebiega z bardzo znacznem wzmożeniem ciśnienia tętniczego, stosuje się dodatkowo upust 300 do 400 cm³ krwi.

W bardzo ciężkich napadach stosuje się morfinę z atropiną lub pantopon, kojarząc je w razie potrzeby z lekami podniecającemi (kamforą, kofeiną i in.) Morfinę wstrzykuje się podskórnie po 1 cm³ 1% wodnego roztworu, atropinę — po 1 cm³ 0,1% roztworu.

Rp. Sol. 1% morphii muriatici in amp. ster. à 1 cm³.
D. t. d. Nr. V.
S. Po 1 ampułce podskórnie.

Pantopon „Roche" zawiera wszystkie alkaloidy makowca w postaci rozpuszczalnych soli chlorowodorowych. Wstrzykujemy go po ½ do 1 ampułce. Każda ampułka zawiera 0,02 pantoponu.

Rp. Pantoponi „Roche" in amp. orig. scat. unam.
D. S. ½ — 1 amp. podskórnie.

Można też stosować wodan chloralowy (chloralhydrat) w dawce 0,5 — 1,0.

Rp. Chloralhydrati 12,0.
Mucilaginis gummi arabici 20,0.
Aquae destillatae ad 180,0.
M. D. S. Podczas napadu zażyć 1 łyżkę stołową.

Leki powyższe w razie potrzeby po paru godzinach można powtórzyć.

W grożącym napadzie podaje się kamforę, kofeinę, koraminę, korpyrinę, stiminol, strychninę, dożylnie ouabainę lub strofantynę w cukrze gronowym. Adrenalina, polecana w ostatnich czasach jako lek, rozszerzający tętnice wieńcowe serca, może wywołać fatalne następstwa wskutek znacznego skurczu tętnic obwodowych. Dlatego też stanowczo odradzam stosować ją w dusznicy bolesnej.

W przypadkach, przebiegających odrazu z wyraźnem osłabieniem serca, podaje się obok nitrogliceryny leki podniecające (excitantia). W przypadkach z sinicą oraz z dychawicę sercową dobrze dopomaga wdychiwanie tlenu.

Po usunięciu napadu powinien chory przez pewien czas, zależny od siły napadu, zachowywać spokój, by w ten sposób pozwolić sercu ile możności rychło i zupełnie odzyskać siłę. W razie większego osłabienia serca należy podać naparstnicę lub inne leki, które omówiłem w rozdziale o leczeniu przewlekłej niewydolności krążenia pochodzenia sercowego (rozdział A, II). Potrzeba leczenia naparstnicą zdarza się częściej w dusznicy bolesnej, występującej już w spoczynku.

W okresie międzynapadowym leczenie powinno być przedewszystkiem przyczynowe. Należy poddać starannemu leczeniu stwardnienie tętnic, kiłę, skazę dnawą i t. d., usunąć wszelkie wysiłki fizyczne (szybkie chodzenie, zwłaszcza po schodach, dłuższe spacery, głośne i długotrwające rozmowy i t. d.) oraz podniety psychiczne. Już pierwszy napad nawet słaby, jest groźnem memento, świadczącem najczęściej o poważnych zmianach w sercu, które już nie może podołać większym zapotrzebowaniom. Od tego czasu stan chorego należy traktować bardzo poważnie i zalecić niezbędne ograniczenia w jego życiu codziennem. Chory powinien uregulować swój tryb życia pod każdym względem, posiłki musi spożywać w oznaczonych stałych godzinach, bez pośpiechu, w niedużej naraz ilości, z wyłączeniem pokarmów tłustych, trudnostrawnych, wzdymających jak grzyby, jarzyny strączkowe, świeży chleb razowy i t. d. lub wywołujących kurcze naczyń, jako to pokarmy obfitujące w ciała nukleinowe (wątroba, cynadry i t. d.), wreszcie czarnego mięsa. Kawa, mocna herbata, napoje wyskokowe, płyny gazowe muszą być usunięte. Ilość płynów ogranicza się do 600, najwyżej 1000 cm³. Zaleca się wypoczynek poobiedni, jednak chory w tym czasie nie powinien zasypiać. Wieczerzać nie powinien chory później, niż na 2 g. przed położeniem się

do snu. Papierosy i cygara musi porzucić nazawsze. Należy dbać o codzienny stolec, przyczem nie powinien go chory oddawać z trudem. W przypadkach z przekrwieniem narządów brzusznych najwłaściwszemi tu środkami będą sól morszyńska w ilości po ½ do 1 łyżeczki herbacianej rano na czczo w niewielkiej ilości wody, magnezja palona (magnesia usta) po 0,3 do 0,5 3 razy dziennie po jedzeniu, siarczan sodowy (natrium sulfuricum) 1 łyżkę stołową rano na czczo i t. d.

Rp. Magnesiae ustae 0,3 (do 0,5).
Natrii bicarbonici 0,18.
M. f. pulv. D. t. d. Nr. XII in oblatis.
S. Po 1 proszku 3 razy dziennie po jedzeniu.

W przypadkach bez wybitnego przekrwienia narządów brzusznych stosuje się leki rozwalniające roślinne, np. rzewień (rheum), kaskarę (cascara sagrada), podofilinę (podophyllinum) i inne.

Rp. Pulveris radicis rhei 0,3 (do 0,6).
Sacchari lactis 0,12.
M. f. pulv. D. t. d. Nr. XII in oblatis.
S. Po 1 proszku 1 — 2 razy dziennie.

Rp. Extracti fluidi cascarae sagradae 60,0.
D. S. Po ½ do 1 łyżeczki herbacianej na noc.

Rp. Podophyllini 0,6.
Extracti belladonnae 0,3.
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. pil. Nr. 30.
D. S. Po 1 pigułce na noc.

Nie ulega wątpliwości, że przeprowadzić ten tryb życia, a, przynajmniej, wdrożyć się w niego zdołają chorzy nieraz, zwłaszcza chorzy o słabej woli, najłatwiej w zdrojowiskach, gdzie chory może pod opieką lekarską jednocześnie leczyć zaburzoną przemianę materji, dać należyty wypoczynek nerwom i t. d. W wyborze zdrojowiska należy kierować się poziomem jego nad powierzchnią morza, warunkami klimatycznohigienicznemi i zasobami balneologicznemi. Nie nadają się dla tych chorych zdrojowiska, leżące ponad 600 metrów nad poziomem morza, oraz zdrojowiska o klimacie gorącym lub zimnym. Wysoka ciepłota zewnętrzna osłabia chorych na serce, nad to w miejscowościach o gorącym klimacie bardzo często są duże wahania ciepłoty powietrza, zwłaszcza w nocy. Klimat zimny oraz wilgotny usposabia do zachorowań gośćcowych oraz do chorób narządu oddechowego, sprzyja, też kurczom naczyń i w ten sposób zwiększa zapotrzebowanie pracy serca. Wszystko to są czynniki niepożądane dla chorych na serce, zwłaszcza zaś dla cierpiących na dusznicę bolesną. Z czynników balneologicznoleczniczych można stosować kąpiele, zadośćczyniące zasadzie oszczędzania serca, picie niedużej ilości wody mineralnej o działaniu rozwalniającem lub wpływającej na przemianę materji. Kąpiele kwasowęglowe wymagają ogromnej i bardzo starannej opieki lekarskiej. Oczywiście ciężkie przypadki nie nadają się do leczenia zdrojowiskowego. Tu wskazany jest zakład, pobyt w miejscowości wypoczynkowej i t. d.

Z metod fizycznych prócz diatermji na okolicę serca (p. rozdział C., III, 3), stosuje się w przypadkach z nadciśnieniem nieraz z dobrym skutkiem prądy d'Arsonvala. Jeszcze częściej stosuje się naświetlania lampą kwarcową całego ciała w odstępach 6 — 12 dniowych, — przy nowym palniku 10 do 15 min. za każdym razem na odległości 80 ctm., przy starszych palnikach — 15 do 20 min, na odległości 70 ctm. Naświetlanie powinno wywoływać po kilku godzinach wyraźne zaczerwienienie skóry. Działanie polega na długotrwałem przekrwieniu dużych przestrzeni ciała. W przypadkach bardzo ciężkich poleca się ostrożne leczenie promieniami Rentgena oraz radem.

Z leków na pierwszem miejscu należy postawić systematyczne leczenie przetworami jodu, wedle zasad, które omówiłem w rozdziale o leczeniu stwardnienia tętnic (rozdział G, I), oraz leczenie teobrominą, którą bardzo często w celu zwalczania kurczów naczyniowych kojarzą z papaweryną lub luminalem.

Leczenie przetworami teobrominy można również przeprowadzać dożylnie w postaci powolnego wstrzykiwania 1 ampułki eufiliny w 9 cm^3 10% cukru gronowego początkowo co dnia, a później 2 — 3 razy tygodniowo. W przypadkach z nadciśnieniem tętniczem chętnie stosuje się azotyny. Azotyn sodowy (natrium nitrosum) podaje się po 0,05 3 razy dziennie, erytrol po 0,0025 do 0,005 do 3 razy dziennie, roztwór wyskokowy azotynu etylowego (spiritus aetheris nitrosi) po 20 do 40 kropli 3 —4 razy dziennie. Azotyny wywołują przy-

pływy, krwi do głowy, zawroty głowy, bóle głowy, uczucie tętnienia. W razie takich objawów należy leczenie przerywać. Erytrol działa powolniej, niż nitrogliceryna a zwłaszcza azotyn amylowy (amylium nitrosum), lecz działanie trwa dłużej. Po 0,005 jego działanie występuje już po ½ — 1 godz. i trwa godzinami. Podając więc erytrol w tej dawce 3 do 4 razy dziennie, utrzymujemy jego działanie przez dłuższy okres czasu. Azotyny można kojarzyć z przetworami jodu.

Rp. Natrii nitrosi 0,6.
(Natrii jodati 6,0).
Aquae destillatae 180,0.
M. D. S. Po 1 łyżce stołowej 3 razy dziennie po jedzeniu.

Rp. Natrii nitrosi 1,0.
Aquae destillatae 10,0.
M. D. S. Po 10 kropli 3 — 6 razy dziennie po jedzeniu.

Rp. Tincturae jodi 1,0.
Spiritus aetheris nitrosi 30,0.
M. D. S. Po 20 do 40 kropli 3 — 4 razy po jedzeniu.

Rp. Erytroltetranitrat 0,05 (do 0,1).
Extr. et pulv. liquiritiae q. s. ut f. pil. Nr. 20.
D. S. Po 1 pigułce 3 razy dziennie po jedzeniu.

Leczenie przetworami teobrominy i azotynami prowadzimy przez czas dłuższy, kolejno je zmieniając. Z innych metod stosuje się systematyczne dożylne wstrzykiwania 2 — 3 razy tygodniowo po 10 do 20 cm³ 20% cukru gronowego. Niekiedy dobry skutek daje leczenie metodą Truneceka (p. rozdział G., I). Poleca się również podskórne wstrzykiwania dwutlenku węgla w dawce 250 do 500 cm³ codzień przez 20 dni, jako metodę, wywołującą rozszerzenie tętnic wieńcowych serca, z następowem leczeniem dużemi dawkami jodu, wstrzykiwanemi dożylnie. Niektórzy polecają jako leczenie objawowe atropinę lub mniej toksyczną novatropinę, inni gardenal w dawce od 0,05 do 0,2 na dobę lub aspirynę w dawce 0,3 3 razy dziennie, wreszcie w ciężkich przypadkach przykręgowe wstrzykiwania na poziomie trzech górnych kręgów piersiowych po stronie lewej 10 — 15 cm³ 0,5% nowokainy.

W ostatnich czasach polecają w dusznicy bolesnej hormony krążenia, wytwarzane z różnych tkanek. Tu należą acekolina, adenoton, angioksyl, euton, myostriatol i inne. Leki te rozszerzają naczynia krwionośne i obniżają ciśnienie tętnicze.

Acekolina jest chlorkiem acetylcholiny, utrwalonym przez dodanie bezwodnej glukozy. *Felix* i *Tochowicz* stwierdzili, że acekolina, rozszerzając naczynia skórnomięśniowe i jelitowe, zwęża naczynia wieńcowe serca, i dlatego uważają stosowanie jej w dusznicy bolesnej za przeciwskazane. Autorzy, którzy ją stosują, wstrzykują ją podskórnie lub domięśniowo (nie dożylnie) po 0,05 — 0,1 rano i wieczorem przez 15 dni zrzędu (p. rozdział G., I).

Adenoton Henninga otrzymuje się z serc zwierzęcych; podaje się 2 — 3 razy dziennie po 20 kropli lub wstrzykuje się podskórnie albo domięśniowo 1 — 2 razy dziennie po 1 ampułce.

Rp. Adenoton Henning lag. I.
D. S. Po 20 kropli 2 — 3 razy dziennie po jedzeniu.

Rp. Adenoton in amp. orig. „Henning" scat I.
D. S. Po 1 amp. podskórnie lub domięśniowo 1 — 2 razy dziennie.

Angioksyl otrzymuje się z trzustki. Wstrzykuje się go domięśniowo codzień rano i wieczorem przez 9 do 15, nawet 20 dni po 1 ampułce, zawierającej 20 jednostek hipotensywnych (p. rozdział G, I.). W przypadkach bardzo ciężkich dawkę podnoszą do 3 ampułek na dobę. Czasami po 2 lub 3 wstrzykiwaniach napady zaostrzają się. Poleca się w tych przypadkach obniżyć na parę dni dawkę do 1 ampułki. Wyraźna poprawa ma następować zwykle koło 5 — 6 wstrzykiwania. Po przerwie 8 — 15-dniowej od ukończenia jednego okresu leczenia poleca się leczenie powtórzyć. Dobre wyniki tłumaczą nietylko wpływem tego przetworu na ciśnienie tętnicze w kierunku obniżenia, lecz także rozszerzającem jego działaniem na tętnice wieńcowe serca (*Felix* i *Tochowicz*), co poprawia odżywianie mięśnia sercowego.

Krajowy przetwór myostriatol jest wyciągiem z mięśni szkieletowych cieląt, przyrządzonych metodą *J. Dadleza* i *W. Koskowskiego*. Jest to przetwór trwały, który wywiera odżywcze działanie na naczynia krwionośne, nie działając toksycznie. *J. Felix* badaniami na zwierzętach stwierdził, że myostriatol wywołuje wybitny spadek ciśnienia krwi w dużem krążeniu wskutek rozszerzenia naczyń skór-

nych, mięśniowych i jelitowych przy bardzo nieznacznym tylko wpływie na naczynia mózgowe i płucne i braku działania na naczynia wątroby i nerek; naczynia wieńcowe serca ulegają rozszerzeniu; samo serce prawie nie bierze udziału w działaniu hipotenzywnem; punkt zaczepienia myastriatolu stanowi warstwa mięsna naczyń. W dusznicy bolesnej poleca się w czasie napadu wstrzyknąć dożylnie jedną ampułkę tego leku (rozdział G, I). W okresie między napadami wstrzykuje się domięśniowo co 1 — 2 dni po 1 ampułce z przerwą 10-dniową po wstrzyknięciu 10 ampułek. Chory przechodzi kilka takich okresów leczenia.

Polecono nawet w dusznicy bolesnej bez tła kiłowego leczenie salwarsanem. Próby tego leczenia oparto na spostrzeżeniach, w których znajdowano nieraz tylko bardzo nieznaczne ogniska zwyrodnienia w mięśniu sercowym u zmarłych w napadzie dusznicy bolesnej. Stąd wysnuto wniosek, że już takie ogniska mogą być przyczyną kurczów tętnic wieńcowych i wywołać napad dusznicy. Wedle tego przypuszczenia długotrwałe przerwy w dusznicy oraz wyleczenie dusznicy mogły być skutkiem nietylko poprawy ukrwienia chorych części mięśnia drogą oboczną, lecz także zupełnego obumarcia ogniska i wytworzenia się w tem miejscu blizny, nieczułej na bodźce. Leczenie salwarsanem miałoby za zadanie przyspieszyć zwyrodnienie i martwicę ognisk, stale lub przejściowo odżywianych niedostatecznie, i w ten sposób sposób spowodować szybsze wytworzenie się w tem miejscu blizny. Leczenie takie prowadzi się żylnemi wstrzykiwaniami neosalutanu wyrobu „Pozowskiego" lub nowarsenobenzolu „L. S. S." w dawce 0,15 — 0,3 — 0,45 raz na tydzień. (p. rozdział C,VI).

Jeżeli napady powtarzają się bardzo często i przeciągają się, stosuję chętnie plaster pryszczawkowy (emplastrum cantharidum) na okolicę serca, o ile nerki są w dobrym stanie. Najczęściej stosuję tę metodę w postaci pryszczydła medjolańskiego (vesicatorium milanense), mianowicie zarządzam 2 muszki nad brodawkę sutkową, po wygojeniu się 2 pod, a potem 2 na prawo i wreszcie 2 na lewo od brodawki. Oczywiście, należy przez cały czas śledzić, czy nie pojawi się białko w moczu.

W ostatnich czasach w ciężkich przypadkach polecają leczenie operacyjne, przyczem jedni wykonują operacje na nerwie błędnym, a inni na współczulnym. Zadaniem takich operacyj jest przerwanie dróg odruchowych między sercem i dużemi naczyniami z jednej strony a mózgiem i rdzeniem kręgowym z drugiej, by w ten sposób usunąć bóle. W tym celu przecinają nerw hamujący serca (n. depressor) lub wycinają zwój gwiaździsty (ganglion stellatum), a nawet cały odcinek szyjny n. współczulnego z pierwszym zwojem piersiowym, mając na względzie, że serce otrzymuje włókna współczulne z trzech zwojów współczulnych szyjnych i pierwszego piersiowego, a parasympatyczne z szyjnej części nerwu błędnego.

Wartość metody leczenia radowej oraz metod operacyjnych nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Można nawet mieć wielkie zastrzeżenia przeciwko metodom operacyjnym, nie usuwają one bowiem zmian anatomicznych w tętnicach wieńcowych serca, natomiast pozbawiają chorego tak potężnego hamulca, który nie pozwala na nadmierną pracę serca, jakim jest napad dusznicy. Nadto to usunięcie odcinka szyjnego nerwu współczulnego wiedzie niekiedy szybko do ciężkich zaburzeń czynności serca, o ile w niem są zmiany chorobowe.

P H O S P H A C I D

chemoterapeutyczny preparat fosforowy do kuracji tonizującej

zawiera niedotlenione związki wapniowo-fosforowe oraz fosfór koloidalny.

Ogólne wyniszczenie. Wszelkie postacie anemji. Gruźlica płucna (postać podgorączkowa), gruczołowa i kostna; Cukrzyca. Zaburzenia przemiany materji.

Dawkowanie: 1 — 2 razy na tydzień po 1 cc (podskórnie - śródtkankowo.)

(Dawkowanie Phospacidu w leczeniu gruźlicy płucnej podane w literaturze.)

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po; 12 amp. á 1 ccm.

„ „ 6 „ „ ; 12 „ á 2 ccm.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.

REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY
NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE



DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ
NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

STANNOXYL

TABLETKI, AMPUŁKI à 2 cc (DOMIĘŚNIOWO)

zawiera tlenek cyny i cynę metaliczną

Niezawodny w leczeniu stanów zakaźnych, spowodowanych przez **gronkowce** jak

Czyraki, wąglik, figówka, trądzik, jęczmień, ropień sutka u kobiet karmiących.

DAWKOWANIE — „PRO DIE".

Doustnie: tabletki 4—8 dla dorosłych, 2—4 dla dzieci

Domięśniowo: 4 cc. dla dorosłych 1 — 2 cc. dla dzieci.

O nowszych podziałach gruźlicy płuc[*]).

PODAŁ
DR. LUCJAN
REGMUNT-SOBIESZCZAŃSKI.

Podział gruźlicy płuc z wyodrębnieniem sprawy mieszanej t. zw. suchot płucnych (*Spiczyński, Seweryn, Sterling*), opiera się na podstawach następujących: 1) etjologicznej (obecność lasecznika Kocha), 2) anatomo-patologicznej (rozmiar i postać schorzenia), 3) biologicznej (okres, odczyn, ewentualnie odporność), oraz wreszcie 4) dynamicznej (zdolność w pokonywaniu pewnej pracy w przyszłości przez lasecznik i ustrój t. j. ze stanu obecnego wnioskowania o przebiegu przyszłym) i kinetycznej (rozwój).

Zróbmy krótki przegląd zmian anatomopatologicznych w gruźlicy płuc za *Zdzisławem Dmochowskim*. Mamy więc gruźlicę: 1) prosówkową (tbc. miliaris) płuc, to zajmującą całe płuco, to tylko jego część, następnie 2) guzowatą (tbc. tuberosa) bądź w miąższu płuc, bądź w tkance okołooskrzelowej, 3) najpospoliciej gruźlicę wrzodziejącą (tbc. ulcerosa) różnego stopnia i odmian, gdzie jama jest cechą wspólną, najcharakterystyczniejszą, 4) gruźlicę włóknistą z przeważnem tworzeniem się tej właśnie tkanki, 5) gruźlicę zapalną, serowatą, cechującą się zapaleniem płuc serowatem bez gruzełków. W podziale tym nie było można uwzględnić dodatkowo zmian w innych narządach zmian we krwi, tkance nerwowej etc. Dla orjentowania się w stanie ogólnym chorego *Biegański*, a za nim *Seweryn Sterling* radzą przy określaniu gruźlicy umieszczać ilość tętna na minutę, ma to obrazować uszkodzenie serca i nerwów, na co wogóle zgadza się *Dłuski* (2) podkreśla jednak, iż nieraz spotykał większy częstokurcz przy zmianach niewielkich. Zwykle dla oceny stanu chorego posługujemy się torem ciepłoty, nie są to jednak fenomena kardynalne, i *S. Bronowski* (6) słusznie zaznacza, że brak ciepłoty u gruźlików może w pewnych wypadkach oznaczać li tylko osłabienie jadem ustroju chorego. *Biegański* pisze, iż dzielenie zapaleń gruźliczych na ostre i przewlekłe ma względną wartość, gdyż postacie te mogą przechodzić jedna w drugą. Bardziej właściwy jest podział na okresy, trzymający się anatomji patologicznej mianowicie okres początkowy: *naciek* i drugi rozpadowy, właściwe *suchoty płucne*. Ponieważ i te dwa okresy często trudno odgraniczyć, radzi więc *Biegański* podział na sprawy: postępujące i niepostępujące; kryterjum w rozpoznaniu: ciepłota ciała oraz rozległość zmian, gdyż w zmianach rozleglejszych więcej osłabione jest serce (1886 r.) (3)*H. Korczyński* znów wyodrębnia trzy postacie gruźlicy płuc: 1) gruźlica szczytów, 2) gruźlica pozapalna, 3) gruźlicze zapalenie płuc. *K. Rzętkowski* dzieli chorych na 2 okresy: *oskrzelowy i miąższowy:* z nacieczeniem lub rozpadem, do ostatniego należą chorzy z objawami jam płucnych.

A. Sokołowskiego (1) klasyfikacja kliniczna ma cel dydaktyczny, dlatego też *S. Sterling* uważa ją za mało schematyczną. *Suchoty przewlekłe* dzielą się według Sokołowskiego na: I) okres poczynających się suchot płucnych, przebiegający bądź wyraźnie ze strony dróg oddechowych, bądź skrycie. Tych skrytych postaci wylicza 8: 1) rzekoma blednica, 2) rzekoma choroba serca, 3) rzekoma zimnica, 4) rzekoma postać żołądkowo-kiszkowa, 5) rzekoma choroba opłucnej, 6) postać rzekomo-oskrzelowa, 7) rzekomo-krtaniowa 8) rzekomo-rozedmowa. *Wł. Janowski* (7) dodaje postać rzekomo neurasteniczną. II) Suchoty płuc rozwinięte: a) postać zgęszczeniowa, 2) postać rozpadowa. III) Suchoty płuc włókniste: zwykłe i rozedmowe (ab emphysaemate).

Następnie *Sokołowski* zwraca uwagę na obarczenie usposobieniem dziedzicznem; tu widzi osobników wątłych i otyłych (*P. Rudzki* (11). W gruźlicy ostrej rozróżnia *Sokołowski* 2 typy kliniczne: 1) ostre serowate zapalenie płuc (pneumonia caseosa, phthisis florida); a) ogniskowe (bronhopneumonia caseosa lobularis), b) rozlane (pneumonia caseosa diffusa); 2) ostra prosówkowa gruźlica płuc (tbc. acuta seu-miliaris): a) o postaci tyfusowej (Typhobacillosis), b) ostra gruźlica przebiegająca wśród objawów ze strony narządów oddechowych (tbc. acuta suffocans).

Dosyć pracy poświęcił klasyfikacji gruźlicy płuc *Seweryn Sterling* (5b) jego też podział przyjął r. 1925-go I polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie; tego

[*]) Wygłoszono 29.XII. 1932 r. na posiedzeniu w Szpitalu św. Ducha.

podziału, jako ogólnie znanego tutaj nie przytaczam.

Podkreślić w nim należy czynnik kinetyczny.

Z podziałów klasycznych, które ftyzjologom dały dużo do myślenia, przytoczę podział *Barda* (15), gdzie badacz głównie zajmuje się okresem choroby rozwiniętej (II), opuszczając I i III. Podział ten o podstawach anatomo-patologicznych tak się przedstawia: 1) postać miąższowa suchot płucnych (forme parenchymateuse), 2) postać śródmiąższowa (forme interstitielle on granulique), 3 postać oskrzelowa (f. bronchique) i 4) opłucnowa (f. pleurogène). Z tej klasyfikacji, jak się sam przyznaje wiedeński klinicysta *Wilhelm Neumann* wyłonił się jego podział.

Oto ten schemat:

I. Affectiones parenchymatosae:

A. Tuberculosis abortiva;

B Affectiones progressivae: 1) caseosae: a) phthisis lobaris et b) galopans. 2) *fibro-caseosae:* phthisis a) fibro-caseosacommunis, b) splenopneumonia, c) phthisis cavitaria ulcerosa, d) tbc. cavitaria ulcerosa, c) phtisis ulcero-fibrosa cachectisans; 3) *fibrosae:* a) cirrhosis pulmonum (pneumonia) tbc. hyperplastica), b) tbc. fibrosa densa[1]), c) fibrosa cum emphysaemate. II. Affectiones interstitiales tuberculosae: a) tbc. miliaris, b) tbc. miliaris suppurativa, c) — migrans, d) discreta, e) typho-bacillosis Landouzy. III. Affectiones tuberculosae bronchiticae: a) bronchitiscapillaris tbc, b) broncho-pneumonia tbc., c) bronchitis tbc. chronica cum peribronchitide et bronchectasia, d) bronchitis tbc. chronica superficialis cum emphysaemate. IV. Tuberculosis postpleuritica: a) pleurite á repetition, b) phthisis fibrosa corticalis [2]), c) pneumonia pleurogenes tbc. chronica, d) phthisis fibrocaseosa corticalis.

Jestto, jak widzimy, podział nader subtelny i trudny wymagający znawstwa klinicznego. To też *A. Gluziński* (po odczycie *A. Wojnarowskiego;* (8) podkreśla, iż zmusza on do ścisłej obserwacji i badania chorego, choć od samego schematu nie należy oczekiwać zbyt wiele w sensie rokowania i dalszego leczenia. *W. Orłowski* odmawia klasyfikacji *Neumann'a* większej wartości praktycznej: jest ona zbyt trudna.

Inaczej patrzy na podział gruźlicy *Ranke* (1922 r.), mianowicie z punktu zasięgu cierpienia, i dzieli ją na 3 okresy, wzorem kiły: 1) *okres pierwszy* — to pierwotne zarażenie (chancre d'inoculation); do tego okresu należyć będzie również obecność odczynu humoralnego bez widocznych zmian klinicznych (próby biologiczne Pirquet'a, Calmette'a, Mantoux, Moro, Ellermann-Erlander, Habertina dodatnie); 2) *okres drugi* to nadwrażliwość i uogólnienie cierpienia drogą chłonki, krwi lub kanalików; tu należą odczyny zapalne: zołzy, tuberkuloidy skóry, choroby gruźlicze oczu, postacie przebiegające, jako schorzenia żołądka, serca, krwi etc.; 3) *okres trzeci* — to odporność względna i umiejscowienie sprawy; tu należą zmiany spowodowane prątkami Kocha, stwierdzalne klinicznie w różnych tkankach: płucnej, kostnej, stawów, pojedyńczych gruczołów ropiejących etc. Gruźlica, w rozumieniu pospolitem, to przeważnie okres III.

Duże znaczenie dla kliniki gruźlicy miał podział anatomo-patologiczny *Aschoffa* i *Nicola* (1922 r.), którzy w gruźlicy przewlekłej rozróżniają postać *wytwórczą* i *wysiękową*. Pierwszy z nich uważa odczyn wytwórczy za drobnoustrojowy, wysiękowy — za jadowy.

Czynnik dynamiczny, obok dawnego statycznego, do podziału gruźlicy płuc wprowadził *A. S. Sternberg* (1926), oznaczając I) stan kompensacji, II) subkompensacji i III) dekompensacji.

I — to praktycznie zdrów, ze strony ciepłoty, krtani, serca kiszek etc. bez zmian; wzór krwi ze zwiększeniem względnem limfocytów i eozynofili.

II — tutaj znajdujemy stan podgorączkowy, wahania wagi in minus przeważnie, lekką zadyszkę przy wysiłkach; wzór krwi: neutrofile przesunięte wlewo, mało eozynofilów i zmniejszenie limfocytów.

III — gorączka, osłabienie ogólne, spadek wagi, niedomoga serca, powikłania ze strony kiszek, krtani etc.; wzór krwi: leukocytoza, więcej pałeczkowatych neutrofilów, mało eozynofilów t. zw. *forma debilitatis.* Dla statystyki posługuje się *Sternberg* (17) podziałem Turbana z uwzględnieniem jednak nietylko rozległości lecz i jakości zmian znalezionych, więc spraw:

[1]) *Phthisis fibrosa densa* (suchoty „skupione“) cierpienie z cechą główną zbitem stwardnieniem obustronnem szczytowem, bez wyraźnej rozlanej rozedmy płuc, częściej z miejscową rozedmą wokoło ognisk (wiele cech tbc. Koch +, H+; śledziona powiększona, serce w normie, czego zwykle nie bywa w postaci cum emphysaemate).

[2]) O kortykopleurytach pisał u nas *Kazimierz Dąbrowski* „(Gruźlica“ Nr. 6/1926 r.).

1) z przewagą tkanki łącznej, 2) ze stanem zapalnym wysiękowym i 3) zmian rozpadowych. W wynikach daje to złożoną tablicę, gdzie autor chce i leczenie uschematyzować.

Na zasadzie podziałów poprzednich i praktyki sanatoryjnej mamy ostatnio w naszem piśmiennictwie lekarskiem 2 podziały: *Stanisława Meysnera* (12) (Smukała) i *T. Białynickiego-Biruli* (Zakopane) (13).

Meysner, wzorując się na innych podziałach podaje schemat następujący:

A. pod względem statycznym:

Stadjum I: drobne zmiany do obszaru jednego pola albo gruźlica gruczołów wnękowych, lub jedno i drugie razem;

stadjum II: drobne zmiany gruźlicze, nieprzekraczające 2 pól lub wybitne zmiany do jednego pola, z gruźlicą gruczołów wnęki lub bez;

stadjumIII: wszystko, co przekracza stadjum II lub rozległe zmiany jamiste. Dodać tu muszę, iż *Meysner* myśli tu kategorjami rentgenoskopowemi, więc wprowadza podział każdego płuca na 3 pola: górne, środkowe i dolne, a nie na płaty (5).

B. pod względem dynamicznym:

1) gruźlica wyrównana (tbc. compensata),

2) gruźlica częściowo wyrównana (tbc. subcompensata),

3) gruźlica niewyrównana (tbc. decompensata).

C. pod względem kinetycznym:

a) gruźlica cofająca się w rozwoju *(tbc. regrediens)*;

b) gruźlica w rozwoju zahamowania *(tbc. stationaris)*;

c) gruźlica postępująca *(tbc. progrediens)*.

Autor zmiany podaje osobno dla strony prawej i lewej, o stadjum decyduje strona więcej zajęta.

Przykład: Prawa: A_1 B_1 Ca,
Lewa: A_1 B_1 Cb to znaczy iż z prawej strony mamy zmiany do obszaru jednego pola, wyrównane i cofające się w rozwoju, w lewem płucu zmiany drobne do obszaru jednego pola, wyrównane i w rozwoju zahamowane, podajemy więc *suchoty płuc początkowe zahamowane w swym rozwoju (phthisis pulmonum incipiens stationaris)*.

Białynicki-Birula wprowadza do podziału dość złożoną symbolikę literowo-cyfrową, więc: dla dynamiki mamy A, B, C (wyrównana, częściowo wyrównana i niewyrównana gruźlica), dla charakteru zmian: I — zmiany z przewagą tkanki łącznej (włókniste), II zmiany zapalne: naciekowe i wysiękowe, III — rozpad (zserowacenie), owrzodzenie, ropnie; następnie oznacza pola według rentgenologów, a nie płaty: 1 — górne pole, 2 — środkowe, 3 — dolne pole (rentgenoskopowo). Przykład:

$$C\;K\;\frac{(I - III)_{1,\,2}\;P}{(I)_1}\;(1932),$$ znaczy to,

iż u chorego z 1932 r. z dekompensacją i prątkami (K) w plwocinie, mamy w prawem płucu: w polach górnem i środkowem zmiany włóknisto-serowate postępujące, oraz wysięk *opłucnej (P)*; w lewem górnem polu zmiany włókniste zahamowane.

W zakończeniu sądzę, iż podział *S. Sterlinga* oddzielny dla każdego płuca, z podaniem dynamiki, byłby dla kliniki jeszcze obecnie najlepszy, bardzo zaś złożone szyfry wymagać mogą uzasadnień dłuższych od wyczerpującego rozpoznania w języku łacińskim, ostatnie w interesie samych chorych.

PIŚMIENNICTWO:

1) *A. Sokołowski.* Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowychT. III.
2) *Dłuski Kazimierz.* Gruźlica i jej zwalczanie. 1927 r. str. 219 — 295 .
3) *Biegański Władysław.* Medycyna 1886 r. Nr. 31, 32, 33, 34.
4) *Regmunt-Sobieszczański Lucjan.* Gruźlica 1928 r. Nr. 4.
5) *Seweryn Sterling.* a) Postaci kliniczne suchot płucnych (wykłady kliniczne). 1933 r. b) Polska Gazeta Lekarska. 1925 r. Nr. Nr. 11 i 12.
6) *Bronowski Szczęsny.* Podstawowe sposoby klinicznego badania chorób wewnętrznych. T. 2. Warszawa. 1922 r. (wydanieII).
7) *Janowski Władysław.* Protokół z posiedzenia naukowego Tow. Lek. Warszawskiego z 18. I. 1927 r. Pam. T. L. W. t. 122 str. 8.
8) *Wojnarowska Antonina.* System Rankego i podział gruźlicy metodą Neumann'a (posiedz. z 31.I. 1928 r.). Pamiętnik T. Lek. W. t. 123 str. 13 (w dyskusji A. Gluziński, W. Orłowski i in.).
9) *M. Bloch.* Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. T. 126 str. 78, 85 i 92.
10) *Kotarska-Dettloff i Moczarski.* P. Arch. Med. Wewn. T. X. z. 2 str. 182 i in.
11) *Rudzki Stefan.* a) Klasyfikacja gruźlicy z punktu widzenia społecznego. Gruźlica. 1925 r. Nr. 1. b) Gruźlica otyłych. W. Czas. Lek. 1930 r. Nr. 20/1.
12) *Meysner Stanisław.* Gruźlica Nr. 4. 1931 r. str. 374 i nast.
13) *T. Białynicki-Birula.* P. Gaz. Lek. Nr. 33/4 1932 r. str. 617 — 21.
14) *Wilhelm Neumann.* Die Klinik der beginnenden Tuberkulose (Der Formenkreis der Tuberculose Erwachsener). Wien. Springer. 1924.
15) *Bard.* Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. 1909.
16) *Giraud et Sédad.* Revue de la Tbc. Nr. 1/1924.
17) *Sternberg.* Ueber die Klassifikation der chronischen Tuberculose 1926.

Jaglica, a zdolność do pracy.*)

W. H. MELANOWSKI.

(Wykład dnia 16.II. 1933).

Jaglica w okresie nieżytowym, jako nieżyt przewlekły wydatnie przeszkadza w pracy. Leczenie jej jest długotrwałe i naraża ludzi pracy na znaczną stratę czasu. W okresach późniejszych powikłania jaglicy, a w szczególności łuszczka i plamki rogówki upośledzają ostrość wzroku i, co za tem idzie, znacznie i trwale upośledzają sprawność oczu. Oprócz poprawy wad wzroku, konieczna jest tu racjonalna ochrona oczu i tu może wypróbowaćby należało szkła kontaktowe. Wogóle jaglica i jej powikłania mają wielkie znaczenie socjalne i ekonomiczne. Jaglica, przebiegająca bez silniejszych objawów, choć podmiotowo nie jest przeszkodą do pracy, jednak przedmiotowo uniemożliwia pracę, gdyż spowodować może przypadki zakażenia wśród otaczających

Leczenie powikłań jaglicy.

PROF. J. LAUBER.

(Wykład dnia 10.II. 1933).

Na podstawie doświadczenia Kliniki Ocznej U. W. autor przychodzi do wniosku, że w następstwie długotrwałej i nie leczonej, albo niedostatecznie leczonej jaglicy jako trzecia część przypadków (32% przyp) powikłań zdarza się łuszczka jaglicza. Dalej, około 12,5% przypadków stanowią zbliznowacenie worka spojówki powikłane podwinięciem krawędzi rzęs. Zbliznowacenie to w 2,4% przypadków naszych prowadziło do jaskry wtórnej. Prócz tego do cięższych i częściej spotykanych powikłań należały uporczywe owrzodzenia rogówki, a do nieomal beznadziejnych i prowadzących do zupełnej nieomal ślepoty zeschnięcie i zeskórnienie spojówki i rogówki. Wreszcie jako następstwo nieracjonalnej kuracji w szeregu przypadków spotykaliśmy srebrzycę spojówki powiek, gałki, a nawet rogówki.

Leczenie łuszczki jagliczej należy do najniewdzięczniejszych. W każdym bądź razie na zasadzie obserwacji naszej kliniki nie możemy zalecić operacji Deniga, która pomimo oszpecenia oka przeważnie nic, albo bardzo mało pomaga; taksamo do bardzo ryzykownych sposobów zaliczylibyśmy leczenie wywoływaniem ostrego zapalenia spojówek: w jednym z naszych przygodnie obserwowanych przypadków zakażenie spojówek rzerzączką nietylko nie wpłynęło zbawczo na łuszczkę, ale wprost doprowadziło do zniszczenia oka. Jeszcze najlepiej działa tu leczenie spojówki mięsieniem według Likiernika, usunięcie operacyjne podwinięcia powiek, wzgl. wszczepienie śluzówki z ust, najlepiej sposobem Mahera. Leczenie to uważa autor za najodpowiedniejsze w przypadkach podwinięcia krawędzi powiek, spowodowanych znacznem zbliznowaceniem worka spojówki wogóle i tarczki w szczególności. W przypadkach mniejszych zbliznowaceń worka spojówki, natomiast przy znaczniejszem wygarbieniu tarczki więcej wskazane są zabiegi według Snellena, Hotza-Anagnostakisa i t. p. W przypadkach zeschnięcia spojówki może być wskazane zeszycie częściowe szpary powiekowej. Zresztą, przedewszystkiem racjonalnem leczeniem należy unikać skłonności do zeschnięcia, a więc zalecić stosowanie szkieł ochronnych, nie za długo stosować lapis i środki żrące i t. d. Srebrzycy unikamy nie stosując zbyt długo lapisu i nie przepisując choremu, ani kolargolku, ani innych przetworów organiczsrebra, bez których możemy się obejść w zupełności. Istniejącą już srebrzyce spojówek możemy spróbować leczyć według sposobu Weymanna, który sposób, według doświadczenia kliniki krakowskiej, ma dawać dobre wyniki.

*) Rozpoczynając od roku 1926, odbywają się corocznie w Warszawie, zorganizowane przez Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Zdrowia Decernent p. Dr. Marjan Zachert) specjalne Kursa Okulistyki Społecznej i Trachomatologji. W lutym 1933 r. odbył się się kurs taki, na którym zostały wygłoszone wykłady: Prof. G. Szymański — Współczesne poglądy na istotę jaglicy. Doc. W. Kapuściński — Objawy i przebieg kliniczny jaglicy. Dr. W. Chodźko. — Medycyna zapobiegawcza w zwalczaniu jaglicy. Dr. M. Zachert. — Epidemjologja jaglicy. Dr. Z. Wojno. — Nieżyty spojówki. Dr. M. Zachert. — Leczenie jaglicy prostej. Doc. W. Melanowski. — Leczenie jaglicy powikłanej. Dr. M. Zachert. — Zwalczanie jaglicy. Prof. J. Lauber. — Zdolność do pracy a jaglica. Dr. M. Zachert. — Przychodnia przeciwjaglicza. Doc. W. Melanowski. — Zapobieganie ślepocie. Streszczenia tych wykładów podamy stopniowo w „Wiedzy Lekarskiej". W numerze kwietniowym podajemy poniżej dwa streszczenia.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie mlekiem i jego pochodnemi w przebiegu zapalenia nerek. J. Castaigne.

Journal Médical Francais. T. XXII. Nr. I.

Do niedawna uważano, że mleko jest jedynym idealnym środkiem leczniczym i djetetycznym, znajdującym swe zastosowanie we wszystkich formach zapalenia nerek. Badania czasów nowszych jednak, które wykazały nietylko istotę różnych postaci spraw nerkowych, ale i różnice, zachodzące między temi sprawami, pokazały, że mleka nie można jednakowo we wszystkich tych sprawach stosować i że nie zawsze w tej samej formie może być ono podawane. Z pośród różnych postaci mleka dla leczenia chorób nerkowych nadaje się szczególnie serwatka (mleko odtłuszczone i odbiałczone), różne rodzaje mleka skoncentrowanego z dodatkiem cukru, wreszcie różne formy mleka rozcieńczonego buljonem, mleka odtłuszczonego i shomogenizowanego. Pod wpływem serwatki szczególnie, zawierającej w litrze 57 gr. cukru mlecznego, 4 gr. lactopeptonu, 3 gr. mleczanu i cytrynianu sodu oraz 3 gr. innych soli mleka, podnosi się szybko wydzielanie moczu, powiększa się ilość ciał rozpuszczonych szczególnie mocznika przy równoczesnem podwyższeniu stężenia moczu. Mleko stężone z dodatkiem cukru może być dodawane do mleka zwykłego lub serwatki w sprawach nerkowych ostrych lub przewlekłych bez zatrzymania chloru lub azotu wtedy, gdy się ma zamiar podnieść wartość odżywczą mleka zwykłego lub serwatki. Wreszcie różne postacie mleka pozbawione w mniejszym lub większym stopniu białka i ciał tłuszczowych pozwalaja stosować mleka i zwalczać objawy nietolerancji w zależności od indywidualnych różnic i wymagań poszczególnych przypadków. Mleko należy podawać zawsze oddzielnie, gdyż w połączeniu z innemi produktami zatraca ono swe własności moczopędne. Z tego też względu w przypadkach zapalenia nerek gdzie mleko jest dołączone do djety zwykłej lub do djety ubogiej w chlorki, lub w ciała azotowe powinno ono być podane rano na czczo bez dodatku chleba lub czegokolwiek innego, poza tem dobrze jest zapisać je czasami zamiast kolacji również bez żadnego dodatku. Jeżeli mleko zalecane jest dla jego wartości odżywczych dodaje się trochę mleka stężonego z dodatkiem cukru. Gdy mleko jest podawane w postaci naturalnej trzeba stwierdzić naprzód jak jest znoszone przez chorych, podając je początkowo w nieznacznej dawce, nie przekraczającej 1,5 litra i dochodząc dopiero po kilku dniach do maksymalnej dawki 3 litrów dziennie. Chory powinien pić mleko powoli, płucząc następnie usta. W nocy, jeżeli jest pragnienie wskazana jest woda lub jakiś napar. Przy djecie mlecznej chory powinien pozostawać w łóżku, gdyż jest ona słabo odżywcza, a pozatem i diureza jest znacznie lepsza gdy pacjent pozostaje w spokoju. Leczenie serwatką i mlekiem rozcieńczonem może być różnie stosowane. Odżywianie to zaleca się obłożnie chorym np. w uremji. W godzinach rannych podaje się 3—4 szklanki serwatki, od południa mleko naturalne oraz pokarmy stałe pochodzenia mlecznego jak masło, ser, śmietanę do których się dodaje napoje słodkie. Tak zwana „grande cure" jest djetą mleczną połącząną z owocami i jarzynami. W ciągu ranka daje się 3 szklanki serwatki, w drugiej części dnia jarzyny i owoce. Ten rodzaj odżywiania nie powinien trwać dłużej, niż 10 dni. W przypadkach lżejszych wystarczy wypić rano na czczo mniej więcej $\frac{1}{2}$ godziny przed pierwszem śniadaniem 200 cm^3 serwatki, która pobudzi wydzielanie moczu, wywoła wolniejszy stolec, oczyści żołądek.

Celem dokładnego określenia wskazań dla podawania mleka i jego pochodnych w cierpieniach nerkowych dzieli autor te ostatnie na 3 grupy: 1) zapalenie nerek bez nadciśnienia i bez zatrzymania azotu i chlorków, 2) zapalenie nerek z zatrzymaniem chlorków bez zatrzymania azotu, 3) zapalenia nerek z zatrzymaniem azotu, z zatrzymaniem lub bez zatrzymania chlorków. W każdej z tych grup oddziela autor formy ostre od przewlekłych. W grupie pierwszej, którą autor nazywa białkomoczem prostym, postępowanie będzie różne, zależnie od tego czy występuje on ostro czy przewlekle. Białkomocz ostry zjawia się jako powikłanie ostrych spraw zakaźnych, wychodzących najczęściej z gardzieli w następstwie przeziębienia, czasami może być on pochodzenia trawiennego. Cierpienie zdradza się podwyższeniem ciepłoty, bólami w okolicy lędźwiowej, małą ilością moczu, zawierającego dużo białka, wałeczki, krwinki białe i czerwone. Niema ani zatrzymania chlorków, ani zatrzymywania azotu, ani nadciśnienia. Leczy się to cierpienie jedynie podawaniem czystego mleka początkowo w formie rozcieńczonej w ilości jednego litra dziennie, następnie, jeżeli tolerancja jest dobra, podwyższa się tą ilość do 2,5 litra. Najczęściej sprawa poprawia się szybko i białkomocz ustępuje, wtedy przechodzi się do djety zwykłej. W przypadkach, w których białkomocz ostry przechodzi w stan przewlekły, stosowanie samego mleka osłabia i wyniszcza chorych. Djeta tych chorych powinna być wtedy mieszana z dodatkiem mleka albo sporządzanych potraw, albo też podaje się mleko poza przyjętą djetą w formie np. zsiadłego mleka na końcu obiadu. Jedynie w przypadku zaostrzeń można się znowu uciec do djety wyłącznie mlecznej. W przebiegu nerczyc djeta wyłącznie mleczna jest również szkodliwa, mleko może być jednak podawane jako dodatek do innych pokarmów. W przebiegu zapalenia nerek z zatrzymaniem chlorków i z nadciśnieniem, ale bez obrzęków, postępowanie w formach ostrych podobne jest do postępowania w formach ostrych prostego białkomoczu. Wyłączna djeta mleczna daje w tych przypadkach najlepsze wyniki.

W przebiegu spraw przewlekłych tego samego typu djeta wyłącznie mleczna jest szkodliwa, jednakże mleko jest dozwolone w małych dawkach do przygotowania potraw i między posiłkami.

W formach ostrych zapalenia nerek z obrzękami i z zatrzymaniem chlorków podawanie wyłącznie samego mleka daje najlepsze wyniki. Djetę tą można opuścić tylko wtedy, jeżeli niema poprawy po kilku dniach albo też gdy chory mleka nie znosi. W przypadkach przewlekłych tego typu mleko jest wskazane jako dodatek do innych potraw albo jako napój między posiłkami. Obecność chlorków w mleku nie jest przeciwwskazaniem, autorzy przypominają bowiem, że w ciężkich przypadkach zapaleń nerek z obrzękami i oligurją przy djecie bezchlorowej, podanie chlorków może wpłynąć dodatnio na wydzielanie moczu. Z tego też względu jeżeli przy leczeniu bezchlorowem zmniejsza się wydzielanie moczu wyłączna djeta mleczna może spowodować odpływ chlorków.

W przebiegu ostrego zapalenia nerek z zatrzymaniem azotu szczególnie w początku sprawy chorobowej djeta wyłącznie mleczna nie jest wskazana. W tym ciężkiem cierpieniu, którego rokowanie jest poważne, pierwszem wskazaniem jest pobudzenie wydzielania moczu i ciał azotowych. W stanach tych naogół uszkodzona jest wątroba i przewód pokarmowy. Z tego też względu podawanie samego mleka prowadzić może przy odbudowie tegoż do powstania ciał, które na ustrój działać będą trująco. W tym okresie serwatka jest lepszym środkiem moczopędnym, niż mleko, szczególnie jeżeli podawać się ją będzie z wodą Vittel albo z cukrem zależnie od tolerancji chorych Naogół jej działanie moczopędne występuje szybko. Serwatkę podaje się tak długo, jak długo wzmaga się diureza przy niezwiększonem wydzielaniu mocznika w ciągu 24 godzin; z chwilą gdy i wydzielanie mocznika się powiększa wyraźnie, dodaje się do serwatki mleka zwykłego albo mleka z dodatkiem cukru. W tym przypadku trzeba działać nietylko moczopędnie, ale wzmacniać ustrój i zapobiegać jego wyniszczeniu. W przebiegu przewlekłego zapalenia nerek z zatrzymaniem ciał azotowych nie można również podtrzymywać djety wyłącznie mlecznej, jest ona wtedy dla chorych szkodliwa. Mleko można podawać częściowo i od czasu do czasu. Serwatka np. podawana rano na czczo lub na podwieczorek w ciągu 10 dni może działać korzystnie na czynności nerek i wątroby. Samo mleko jako zawierające dużo ciał azotowych nie jest tak dalece wskazane, jednakże można go dodawać jako napój przyjmowany na czczo lub poza posiłkami nawet w przypadkach z zatrzymaniem mocznika. W okresach oligurji natomast należy wrócić do sposobu leczenia okresu ostrego t. j. do serwatki z ewentualnem dodaniem mleka, jeżeli wydzielanie azotu się powiększa. Mleko pomimo swej dużej zawartości azotowej działa w tych przypadkach tak jak mocznik t. j. moczopędnie, a równocześnie odżywia chorych. Osiąga się wrażenie, że w tych przypadkach krew potrzebuje większej ilości mocznika i że jeżeli nie otrzymuje go z pokarmem wyciąga go z tkanek i z mięśni, przemawia za tem powiększanie się mocznika we krwi przy djecie wodnej.

Dieta mleczna i kamica nerkowa. (Régime lacté et lithiase rénale.). H. P a i l l a r d.

Journal Medical Français. T. XXII. z. 1.

Dieta ta będzie różna w zależności od tego czy kamica jest moczanową, szczawianową czy fosforanową. Odżywianie chorych z kamicą moczanową powinno się opierać głównie na jarzynach i owocach, gdyż zmniejszają one poziom ciał azotowych we krwi i w moczu tych chorych i powiększają Ph moczu zwykle bardzo kwaśnego. Czasami jednak trzeba dodać pewną ilość ciał azotowych szczególnie osobom, pracującym intensywnie i wtedy pożądany jest dodatek mleka, którego spożycie jest łatwe do uregulowania i nie powinno wynosić więcej jak ¼ — 1 litra dziennie. W kamicy szczawianowej zastosowanie djety mlecznej jest uwarunkowane stanem przewodu pokarmowego. Naogół korzystniej jest podawać zamiast mleka czystego kefir albo jogurt. U chorych z kamicą fosforanową zadania djetetyczne są złożone. Odżywianie jarzynowe lub mleczne podnosi Ph, alkalizuje mocz wskutek czego wypadają fosforany, powiększające początkowo nieznaczne złogi fosforanowe, albo odkładając się na złogach moczanowych. Jeżeli tym chorym zabroni się spożywania mleka, jarzyn i owoców odżywiają się oni przesadnie mięsem i autor spostrzegał niejednokrotnie, że w tych przypadkach podnosi się nieraz znacznie ilość mocznika we krwi. W praktyce aby uniknąć niekorzystnego działania djety mleczno jarzynowej, należy mleko, jarzyny i owoce podawać w formie gotowanej, gdyż w tej postaci działają one znacznie mniej alkalizująco, szczególnie jeżeli dodać w czasie gotowania do wody małą łyżeczkę octu na porcję przeznaczoną mniej więcej na dwie osoby. W przypadkach djety niedostatecznie zakwaszanej należy dążyć do zakwaszenia moczu przez podawanie kwasu fosforowego w dostatecznej ilości.

Naogół więc djeta mleczna nie jest bardzo wskazana w przebiegu różnych kamic nerkowych, dla kamicy moczanowej zawiera ona dużo ciał azotowych, jest zbyt alkalizująca dla kamicy fosforanowej, zbyt skłonna do spowodowania fermentacji w przewodzie pokarmowym przy kamicy szczawianowej. Biorąc jednak pod uwagę te wszystkie okoliczności można mleko i w tych cierpieniach podawać przez pewien przeciąg czasu jednakże w ilości ograniczonej. Mleko jest szczególnie wskazane przy powikłaniach gorączkowych tych spraw chorobowych.

Mleko u chorych sercowych i w sprawach tętniczych. (Le lait chez les cardiaques et les arteriels). C a m i l l e L i a n.

Journal Medical Français. T. XX z. 1.

Autor omawia stosowanie mleka w przebiegu ostrych gorączkowych spraw sercowych, w wadach zastawkowych wyrównanych i w okresie zaburzeń wyrównania, przy nadciśnieniu tętniczem i przy miażdżycy. We wszystkich sprawach sercowych ostrych chorzy zachowują się jak chorzy gorączkowi i apetyt mają słaby. Mleko oddaje w tych stanach duże usługi, trzeba jednak aby podnieść jego wartość odżywczą dodawać cukru w postaci sacharozy albo laktozy w ilości 50 — 60 gr. na litr. Chorzy piją mleko wolno w dawkach wynoszących około 300 gr. 5 — 7 razy dziennie w rozcieńczeniu wodą Vichy ew. z dodatkiem

kawy; po każdem spożyciu mleka płucze się usta wodą Vichy. Z chwilą spadku ciepłoty i poprawy apetytu zmniejsza się ilość mleka, a dodaje się jarzyn np. kartofli roztartych, owoców gotowanych sałaty, później dopiero soków mięsnych, wyciągów z mięśnia sercowego, a w końcu mięsa. W sprawach złośliwych wsierdzia o przewlekłym przebiegu, jeżeli apetyt na to pozwala, powinni chorzy spożywać nieco mięsa i jarzyn, gdyż należy przedewszystkiem dążyć do utrzymania dobrego stanu ogólnego.

W wadach zastawkowych wyrównanych odżywianie chorych w zasadzie nie odbiega od djety ludzi zdrowych, trzeba dążyć jednak do tego aby posiłki nie były zbyt obfite, ani pokarmy zbyt trudno strawne, gdyż utrudnienie trawienia odbić się może na sercu. Mleko w tych sprawach zajmuje w odżywianiu to samo miejsce co u ludzi zdrowych. W najlżejszym stopniu niedomogi, zdradzającej się tylko biciem serca i dusznością, dieta jest również zwykła, w stanach, w których występuje zastój żylny, zdradzający się powiekszeniem i bolesnością wątroby, djeta mleczno-jarzynowo owocowa w połączeniu ze spokojem i odpowiednimi środkami leczniczemi doprowadza krążenie do stanu prawidłowego. Przy wyraźnej niedomodze z obrzękami ogranicza się płyny w zależności od przypadku do 1 — 1,5 litra. Mleko podaje się z dużą domieszką cukru i to nietylko dla podwyższenia jego wartości odżywczej, ale i dla lepszego odżywiania mięśnia sercowego. W przypadkach, w których chorzy mleka nie znoszą daje się zupy jarzynowe bez soli, wodę z cukrem, e t c.

Zdaniem autora u chorych z wielkimi obrzękami albo u takich, których obrzęki schodzą z trudnością, trzeba dążyć przedewszystkiem do pobudzenia odpływu chlorków i w tych przypadkach mleko należy usunąć z djety jako zawierające za wiele chlorków. (1,8 gr. na litr). Autor podaje tym chorym zupy jarzynowe bez soli, owoce gotowane, później nieco, roztarte kartofle, sery śmietankowe, zielone jarzyny, ryż, a mleko zaczyna dawać dopiero po ustąpieniu obrzęków, początkowo w ilości ¼ litra, zwiększając tę dawkę do pół litra dziennie. Dopiero po 3 tygodniach tej djety i zupełnego spokoju w połączeniu z leczeniem farmakologicznem zaczyna się podawać 1 — 3 razy tygodniowo trochę mięsa i nieco soli w ilości 2 gr. dziennie. Leczenie djetetyczne łączy autor z podawaniem digitaliny i teobrominy przyczem teobrominę i digitalinę stosuje w dwóch jednotygodniowych okresach, oddzielonych od siebie 5 dniowemi przerwami, w których daje samą teobrominę. Autor zwraca uwagę, że podawanie naparstnicy nie pociąga za sobą absolutnej konieczności djety mlecznej, niesłusznem jest również zalecanie digitalis z trzema tygodniowemi przerwami w celu jakoby zupełnego usunięcia leku z ustroju. Według autora już po 5 dniowej przerwie wydalanie naparstnicy jest zakończone. Z tego też względu u chorych niewyrównanych podaje autor naparstnicę z pięciodniowemi przerwami, dążąc do tego by serce, bez niebezpieczeństwa kumulacji, pozostawało jednak ciągle pod jej działaniem. W ten sposób w ciągu pierwszych 2 miesięcy leczenia pięciokrotnie powtórzą się tygodniowe okresy podawania digitaliny (np. 7 dni po 10 kropli Digitaline Nativelle), później przerwy między okresami stają się dłuższe po 6, 7, 8 dni. Z powodu przedłużonego podawania naparstnicy nie mogą chorzy pozostawać wyłącznie na djecie mlecznej i po zniknięciu obrzęków przechodzi się powoli do djety zwykłej z ograniczeniem soli, a czasami i mięsa. W ten sposób poprawia się powoli stan krążenia z równoczesną poprawą stanu ogólnego. Czasami tylko gdy się ma podejrzenie, że wystąpiło znowu zatrzymywanie chlorków można powrócić od czasu do czasu w początku serji naparstnicowej na kilka dni do djety bezsolnej. W stanach nadciśnienia bez powikłań djeta mleczna nie jest wskazana. Chorzy ci nie powinni jednak spożywać większych ilości mięsa, ilość płynów powinna być ograniczona do 1 — 1,5 litra, wreszcie jest pożądanem by potrawy nie zawierały dużo soli. Wynika z tego, że najlepiej jest ułożyć djetę w ten sposób by mięso, jaja lub ryby spożywane były tylko raz dziennie, najlepiej na obiad, mleko podaje się do pierwszego śniadania i w postaci zupy do obiadu, do którego się ponadto dodaje jarzyn i owoców. Jeżeli nadciśnieniu towarzyszy niedomoga nerek zamiast mięsa daje się na obiad mleko dopiero przy wyraźnem zatrzymywaniu ciał azotowych usuwa się całkowicie mleko z djety chorych. Duszność osób z nadciśnieniem jest wyrazem niedomogi krążenia i tutaj postępownie djetetyczne i leczenie będzie podobne do niedomogi. Jedynie skłonność chorych z nadciśnieniem do zatrzymywania ciał azotowych będzie jeszcze bardziej wymagała stosowania teobrominy i ostrożniejszego w stosunku do mięsa leczenia djetetycznego. Chorzy miażdżycowi wykazują czasami powiększenie mocznika we krwi a także i cholesteryny. Ponieważ mleko, śmietana, sery, żółtka jaj kurzych sprzyjaja powstaniu cholerestynemji należy pokarmy te ograniczać w odżywianiu. Chorym tym powinno się podawać tylko raz dziennie mięso, albo jaja, albo rybę, odżywianie nie powinno być bardzo obfite, ale urozmaicone z wprowadzeniem raz lub dwa razy na tydzień dni jarzynowych lub owocowych.

Wskazania i przeciwwskazania do stosowania mleka i jego pochodnych w cierpieniach wątroby i dróg żółciowych. N o e l F i e s s i n g e r.

Journal Médical Français. T. XXII z. 1.

Autor przypomina swe badania, które wykazały, że nawet prawidłowa wątroba nie jest w stanie zatrzymać polypeptidy, które przechodzą przez nią do ustroju. Zatrzymanie i przerobienie tych ciał odbywa się dopiero po ich wielokrotnym przepływie przez wątrobę. Zrozumiałą jest wobec tego szkodliwość ciał białkowych przy czynnościowych niewydolnościach wątroby. Z tego też względu mleko z powodu swej wysokiej zawartości azotowej jest pokarmem nieodpowiednim, nietylko dla chorych nerkowych z azotemią, ale i dla chorych z cierpieniami wątroby. Mleko poza białkiem zawiera dużo lipoidów (43,40) i laktozy (48,68), która jest główną przyczyną jego zdolności moczopędnej łącznie z solami mineralnemi. Mleko można podawać w rozcieńczeniu wodą zwykłą z cukrem albo z wodą Vichy, chorym z ciężką niewydolnością wątroby, albo też można je stosować w postaci wyłącznej djety mlecznej; chorzy muszą jednak wtedy pozostawać w łóżku, gdyż jest to djeta mało kaloryczna. Można mleko podawać w formie stężonej (na litr mleka masła 102 gr., caseiny 98 gr., laktozy 134 gr., sacharozy 407 gr.,) jednakże w tej formie mleko jest ciężko strawne i z tego względu podaje się je raczej jako dodatek do djety wyłącznie mlecznej dla wzbo-

gacenia tejże w kalorje, podając jedną lub dwie łyżeczki na szklankę mleka zwykłego. Djeta owocowo-jarzynowo-mleczna jest korzystniejsza od czysto mlecznej, gdyż zawierając więcej węglowodanów dzięki jarzynom mącznym i owocom, jest nietylko ogólnie bardziej odżywcza, ale zapewnia dostateczny dopływ węglowodanów dla komórek wątrobowych, których odporność i czynności odtruwające zależą w znacznej mierze od tych ciał będących najistotniejszym produktem odżywczym komórek wątroby. Obecność celluzoly w tej djecie jest również ważna, gdyż jest ona środkiem żółciopędnym, który zwalcza przewlekłe zaparcie, powstające tak często u chorych wątrobowych pod wpływem djety mlecznej. Z tych wszystkich względów łączenie u chorych wątrobowych djety mlecznej z kartoflami i owocami surowemi albo gotowanemi razem z ich łupinami i pestkami, oraz z jarzynami zielonemi, za wyjątkiem szczawiu i kapusty, jest tak pożyteczne, wreszcie dodatnią cechą tej djety jest także i jej mała zawartość białkowa. Nie można o tem zapominać, że mleko nie może być podawane jako dodatek, ale że się je stosuje w zastępstwie innych potraw i że jest ono pokarmem z dużą zawartością białka. Mleko podawane jako dodatek prowadzi do przekarmienia, tak szkodliwego dla chorych wątrobowych, wreszcie jest mechanicznem utrudnieniem dla trawienia. Zalety mleka w djecie chorych wątrobowych są liczne. Daje się ono łatwo przyjmować, co jest tak ważne u ciężko chorych, których przytomność jest upośledzona, jest dynamiczne i odżywcze dzięki swemu złożonemu składowi chemicznemu, jest łatwo strawne, wreszcie działa moczopędnie. Z tych wszystkich względów podaje się mleko w sprawach miąższowych wątroby w tym stanie gdy przytomność chorych jest upośledzona i gdzie jest ono najłatwiejszym sposobem odżywiania, ale przy poprawie stanu przechodzi się do djety mleczno-owocowo-jarzynowej. W sprawach łącznotkankowych posiada djeta mleczna jeszcze i tą dobrą stronę, że zawierając mało chlorków działa równocześnie moczopędnie, wreszcie w sprawach dróg żółciowych djeta mleczna jest nietylko djetą wypoczynkową dla przewodu pokarmowego, ale równocześnie łagodnie żółciopędną, jedyną w zapaleniu ostrem woreczka żółciowego. W niektórych przypadkach djeta mleczna jest źle znoszona przez chorych wątrobowych, którzy reagują na nią mniej lub więcej ciężkimi przypadłościami. Ciężkie przypadłości w przebiegu niektórych przypadków kamicy żółciowej, żółtaczek zakaźnych występują w postaci uporczywych wymiotów i rozwolnień, zmuszających do przerwania djety mlecznej. W lżejszych przypadkach występują uczucie ciężaru po spożyciu mleka, kwaśne odbijania, czasami wymioty. Jednak te przypadłości nietyle mają być wywołane samym mlekiem, ile sposobem w jaki ono zostało spożyte. Jeżeli mleka nie wypija się za prędko, ale się je spożywa powoli łyżeczkami, dodając trochę chleba, to dolegliwości te znikają, gdyż mleko nie ścina się wtedy odrazu w żołądku, co jest właśnie przyczyną jego złej strawności. Złą stroną djety mlecznej jest jeszcze i to, że wywołuje ona zaparcie i że prowadzi do wychudzenia, gdyż jest za mało kaloryczna szczególnie dla człowieka pracującego. Z tego też względu djetę mleczną łączy się z zastosowaniem absolutnego spokoju w łóżku. W razie zaparcia nie należy dawać środków czyszczących, jest to bowiem sprzeczne z celem djety mlecznej, będącej djetą wybitnie wypoczynkową dla przewodu pokarmowego; bardziej wskazane jest wtedy uciekać się do sposobów mechanicznych i oczyszczać przewód pokarmowy za pomocą lawatyw z wody czy z oliwy, etc. Najbardziej celowem jednak jest zastąpienie djety mlecznej djetą jarzynowo-owocowo-mleczną. Autor wylicza różne rodzaje mleka i jego pochodnych. Naogół u chorych wątrobowych pochodne mleka znajdują małe zastosowanie. jedne jak serwatka i maślanka za ubogie w środki odżywcze, inne, jak kefir, jogurt, mleko zsiadłe są zbytnio stężone; jedynie całe mleko zsiadłe, zawierające i skrzepy i serwatkę, może być podawane w przebiegu żółtaczek i marskości wątroby śniadanie w ilości jednej filiżanki. Jest ono lekko moczopędne, przeczyszczające, ale może wywołać nadmierne wydzielania kwasu solnego w żołądku. Autor omawia wskazania co do stosowania djety mlecznej w przebiegu żółtaczek, marskości wątroby, kamicy żółciowej i w stanach zapalnych, gorączkowych. W przebiegu żółtaczek, djetę mleczną stosuje się tylko przy ostrych ciężkich żółtaczkach ze skazą krwotoczną i objawami nerwowemi. W przebiegu żółtaczek łagodnych, djeta powinna być mleczno-jarzynowo-owocowa, mięso podaje się dopiero wtedy gdy zabarwienie kału stanie się prawidłowe. Przewlekłe żółtaczki zastoinowe wymagają również djety bardziej odżywczej i djetą jarzynowo owocową podtrzymuje się lepiej stan odżywienia tych chorych. W przebiegu marskości wątroby djeta powinna być przystosowana do okresu marskości i do jej objawów. W okresie zaostrzeń, mówiących o zmianach wstecznych miąższu wątrobowego daje się wodę z cukrem, lub też stosuje się djetę mleczną wtedy, gdy występują objawy niewydolności miąższu wątrobowego w postaci lekkich żółtaczek, zaczerwienienia błony śluzowej ust, suchości skóry, obrzęków, płynu w jamie brzusznej, oligurji z urobilinurią. Jednakże przy poprawie tego stanu przechodzi się do djety mleczno-jarzynowo-owocowej. Obecność płynu w jamie brzusznej wymaga jedynie ograniczenia płynów, soli i zmniejszenia ilości podawanego mięsa. Djeta mleczna w przebiegu marskości wątroby jest więc jedynie przejściowa. W przebiegu stanów zapalnych dróg żółciowych, ropni wątroby i t. d., mleko jest wskazane nie tyle z powodu stanu wątroby, ale stanu ogólnego chorych. Dla człowieka gorączkującego bowiem mleko jest najłatwiejszym środkiem odżywczym, jest moczopędne i przedewszystkiem najbardziej odżywcze ze wszystkich ciał płynnych. Jedynie w sprawach gorączkowych djeta powinna być jeszcze bardziej odżywcza. Również w przebiegu kamicy żółciowej odżywianie powinno być przystosowane do okoliczności. Djeta mleczna znajduje zastosowanie przy kolce żółciowej nawet bez gorączki i żółtaczki, przy żółtaczkach gorączkowych, na tle kamicy, przy zapaleniu ostrem pęcherzyka żółciowego, kamieniu w przewodzie wspólnym. W przebiegu ciężkich kamic żółciowych djeta mleczna ma to samo zastosowanie i znaczenie co spokój w łóżku i okłady gorące. Jednakże z chwilą gdy ataki się zmniejszają lub ustępują stosuje się djetę mleczno-owocowo-jarzynową, którą się zastępuje djetą jeszcze mniej ostrą w razie dalszej poprawy. Jak widać z tego w przebiegu cierpień wątrobowych wyłącznie mleczna djeta zostaje coraz bardziej ograniczana, skracana i łączona z djetą jarzynowo owocową z chwilą, gdy ustępuje

czynnik zakaźny i wydzielanie moczu jest wystarczające. Owoce i jarzyny jest dość trudno podawać razem z mlekiem. Jarzyny najdogodniej daje się w zupach, z owoców wybiera się najłatwiej strawne, jabłka surowe lub pieczone, figi, winogrona i pomarańcze.

CHIRURGJA.

Rola schorzeń układu nerwowego ośrodkowego w etjologji wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Les rapports des ulcérations gastriques avec les altérations du système nerveux central). P r a v i n a.

La Presse Méd. N. 5, styczeń 1933.

Cushing w ogłoszonej niedawno pracy przytacza cały szereg niezmiernie ciekawych przypadków klinicznych, w których narzuca się w sposób demonstracyjny związek przyczynowy między guzami ośrodkowego układu nerwowego a wrzodem żołądka względnie dwunastnicy.

A więc, przedewszystkiem, 3 przypadki guza móżdżku i rdzenia, które zmarły po operacji wskutek przedziurawienia żołądka względnie przełyku.

Chory 34-letni cierpi na guz móżdżku. Brak jakichkolwiek objawów ze strony przewodu pokarmowego. W 2 godziny po operacji wycięcia guza chory zaczął odczuwać silne bóle brzucha, wystąpiła gorączka i objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało żadnych zmian w płynie mózgowordzeniowym, który znajdował się pod ciśnieniem prawidłowem. Chory zmarł, a sekcja, wykonana w 3 godz. po śmierci, wykazała przedziurawienie ściany żołądka w 3 miejscach okolicy małej krzywizny i rozlane ropne zapalenie otrzewnej; brzegi otworów były zmienione martwicowo, bez jakiegokolwiek odczynu zapalnego lub zbliznowacenia. Badanie drobnowidzowe ściany żołądka wykazało: wylewy krwawe, obrzęk tkanki podśluzówkowej i nacieczenie okrągłokomórkowe — jako cechy procesu przyżyciowego.

Drugi przypadek dotyczył guza móżdżku, przechodzącego częściowo na okolicę dna IV komory i rdzeń przedłużony. Pod koniec drugiej doby po operacji wystąpiły gwałtowne bóle w. nadbrzuszu, gorączka i znaczne upośledzenie stanu ogólnego. Piątego dnia po operacji chory zmarł, a sekcja (w 4 godziny po śmierci) wykazała objawy rozlanego zapalenia otrzewnej i przedziurawienia dwunastnicy w dwu miejscach, w odległości 3 cm od odźwiernika; makroskopowo i mikroskopowo brzegi otworów miały ten sam charakter, co i w poprzednim przypadku. Poniżej miejsc przedziurawienia widać było dwa powierzchowne owrzodzenia śluzówkowe.

W trzecim, wreszcie, przypadku guza rdzenia u chłopca 10-letniego wkrótce po operacji, która była — technicznie biorąc — bardzo trudna, wystąpiły bóle brzucha i wymioty krwawe i chory zmarł w 50 godzin po operacji. Sekcja (w 1 godzinę po śmierci) wykazała rozległe przedziurawienie ściany przełyku (średnicy 3 cm) na wysokości worka osierdziowego.

Cushing przytacza, następnie, szereg odnośnych przypadków (guzów mózgu, miażdżycy tętnic mózgowych, tętniaka tętnicy podstawy mózgu — a. basilaris) wziętych z literatury, w których przy sekcji znajdywano przedziurawienia żołądka (do 15 cm—w średnicy), dwunastnicy, owrzodzenia, wylewy krwawe do światła przewodu pokarmowego. Do tejże grupy należą niewątpliwie przypadki wymiotów krwawych po operacjach mózgu, które kończą się ostatecznie wyzdrowieniem.

Zmiany powyższe ze strony żołądka i dwunastnicy spostrzegano, zresztą, nie tylko po operacjach mózgowo-rdzeniowych, ale również w przypadkach schorzeń mózgowych nieoperowanych.

Cushing tłumaczy sobie mechanizm chorobotwórczy powstawania wyżej opisanych powikłań w sposób następujący. W mózgu w okolicy wzgórka wzrokowego (thalamus opticus) istnieje ośrodek przywspółczulny, który ściśle się łączy czynnościowo z ośrodkiem nerwu błędnego. Różne zmiany chorobowe, samoistne lub wywołane (pourazowe), powstałe w tej okolicy i sprowadzające wzmożenie czynności układu nerwowego są przyczyną następowych owrzodzeń i przedziurawień ściany przełyku, żołądka i dwunastnicy. Wprowadzanie do komór bocznych pilokarpiny, hypofizyny lub drażnienie tej okolicy prądem elektrycznym daje podobny efekt. Podrażnienie nerwu błędnego sprowadza nadczynność ruchową i wydzielniczą żołądka, a skurcze miejscowe jego mięśniówki i naczyń końcowych pociągają za sobą ostre niedokrwienie ściany żołądka i wreszcie jeje martwicę na pewnej przestrzeni.

Wpływ wydatny czynników psychicznych (korowych) na stan układu nerwowego roślinnego, nie ulega już obecnie najmniejszym wątpliwościom; dowodzą tego chociażby liczne spostrzeżenia kliniczne (pogarszanie się u wagotoników objawów, związanych z nadkwaśnością żołądka, po wzruszeniach i innych silniejszych przeżyciach psychicznych).

W przypadkach, opisywanych przez Cushinga, rolę czynników psychicznych odgrywał uraz operacyjny, uszkadzający układ nerwowy roślinny w jego odcinku mózgowym. Przyczem należy tu zaznaczyć, że upośledzenie czynnościowe części współczulnej tego układu daje taki sam efekt, jak wzmożenie czynności części przywspółczulnej.

Rozpoznawanie obrażeń barku i pasa barkowego na podstawie badania klinicznego. (Exploration clinique des lésions traumatiques de l'épaule et de la ceinture scapulaire). D a r f e u i l l e.

La Presse Med. N. 7, styczeń 1933.

W większości przypadków złamań i zwichnięć w zakresie pasa barkowego dokładne rozpoznanie jest możliwe dopiero po bardzo szczegółowem i planowem zbadaniu całego aparatu kostno - więzadłowego tej okolicy. Opieranie się w rozpoznawaniu wyłącznie na wynikach zdjęcia rentgenowskiego jest niebezpieczne, gdyż może doprowadzić do pomyłki rozpoznawczej, a poza tem — nie zawsze się ma aparat rentgenowski do dyspozycji (prowincja). Aby ułatwić przebieg badania klinicznego, autor podaje tutaj szereg wytycznych i nakreśla plan badania.

Na wstępie, podkreśla konieczność dokładnej znajomości szczegółów anatomicznych całego pasa, składającego się, jak wiadomo, z mostka, obojczyka i łopatki, tworzącej powierzchnię stawową dla głowy kości ramieniowej. Szczyt wyrostka kruczego łopatki znajduje się na 2,5 cm

poniżej obojczyka na linji granicznej między zewnętrzną i środkową ⅓ jego częścią, w głębi między mięśniem naramiennym i piersiowym większym. Przyśrodkowy koniec grzebienia łopatki znajduje się na wysokości wyrostka kolczystego Th III — IV, dolny kąt łopatki — na wysokości wyrostka kolczystego Th. VII — VIII.

I. Zwichnięcie przyśrodkowego końca obojczyka. Zwichnięcie do przodu (luxatio praesternalis) — zaznacza się pogłębieniem dołu nad i podobojczykowego, na przedniej powierzchni rękojeści mostka widać i wyczuwa się przyśrodkowy koniec obojczyka. Zwichnięcie ku górze — koniec obojczyka wyczuwa się powyżej rękojeści mostka. Zwichnięcie do tyłu — sinica głowy i szyi, duszność znaczna, koniec obojczyka ginie poza mostkiem w klatce piersiowej.

II. Złamanie przyśrodkowego końca obojczyka — daje objawy, przypominające nieco jego zwichnięcie do przodu, ale słabiej zaznaczone; poza tem widać tutaj wylew krwawy i stwierdza się ograniczoną i wyraźną bolesność uciskową w miejscu złamania.

III. Złamanie środkowej części obojczyka — stwierdza się przerwanie ciągłości kości, odłam przyśrodkowy przemieszcza się ku górze (pociągany przez mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy) i sterczy pod skórą, odłam boczny przemieszcza się ku tyłowi, wyczuwa się tarcie kostne i przesuwanie się odłamów; u małych dzieci sprawa ogranicza się czasami tylko do pęknięcia kości (zachowana częściowo okostna zabezpiecza przed przemieszczeniem się odłamów) — mamy tutaj wówczas wygięcie obojczyka, wylew krwawy, tarcie kostne i bolesność uciskową, ale bez przesunięcia się odłamków.

IV. Zwichnięcie głowy kości ramieniowej. Zwichnięcie przednio-przyśrodkowe — zapadnięcie się okolicy panewki, zwiotczenie mięśnia naramiennego, brózda naramienno-piersiowa jest wypełniona przez przemieszczoną głowę kości ramieniowej, ramię jest odwiedzione i unieruchomione czynnie w tej pozycji, a oś ramienia jest skierowana bardziej w kierunku przyśrodkowym (jej przedłużenie przecina obojczyk na granicy zewnętrznej i środkowej ⅓ jego części). Przy odmianie zewnątrzkruczej (extracoracoidea) tego zwichnięcia powyższe objawy te są typowo zaznaczone i ramię jest skręcone nazewnątrz (najczęstsza odmiana zwichnięcia), przy luxatio intracoracoidea (względnie infraclavicularis) — objawy jak wyżej, ale ramię jest skręcone do wewnątrz.

V. Złamanie szyi chirurgicznej kości ramieniowej — ramię jest w odwiedzeniu i jego oś „patrzy" bardziej przyśrodkowo, jak w zwichnięciu, ale okolica panewki jest wypełniona, ramię daje się przywieść i słychać przy tem często tarcie kostne, przy ruchach ramienia głowa kości ramieniowej pozostaje nieruchoma, a od drugiego dnia po wypadku uzewnętrzniają się rozległe wylewy krwawe podskórne na ramieniu i klatce piersiowej; brózda naramienno-piersiowa bywa wypełniona przez przemieszczony ku górze i przyśrodkowo dolny odłam.

VI. Złamanie szyi łopatki — odłamaniu ulega cały górno-zewnętrzny kąt łopatki wraz z panewką stawową i wyrostkiem kruczym. Klinicznie stwierdza się całkowite zachowanie ruchów (niebolesnych przytem) w stawie barkowym, jedynie tylko cały staw jakby się przemieścił do okolicy brózdy naramienno-piersiowej; zniekształcenie zostaje wyrównane przez uniesienie barku ku górze i nieco ku tyłowi.

VI. Złamanie szyi anatomicznej kości ramieniowej — zniekształcenie okolicy stawu barkowego jest bardzo nieznaczne (poza obrzmieniem), stwierdza się żywą bolesność przy ruchach w stawie, tarcie kostne (nie zawsze) i wylew krwawy; czasami odłamana głowa kości ramieniowej zostaje przy tem jeszcze zwichnięta i wyczuwa się ją od strony dołu pachowego.

VIII. Złamanie guzka większego kości ramieniowej, złamanie panewki i stłuczenie stawu barkowego — dają objawy kliniczne mało charakterystyczne.

IX. Zwichnięcie bocznego końca obojczyka — wyczuwa się palcem wyraźnie schodek, utworzony przez koniec obojczyka, sterczący ponad wyrostkiem barkowym.

X. Złamanie bocznego końca obojczyka — przemieszczenie odłamów (połączonych mocnemi więzadłami) tutaj nie bywa; stwierdza się jedynie bolesność uciskową w jednym punkcie i wylew krwawy. Podobne nieco objawy może dać złamanie wyrostka barkowego.

XI. Złamanie trzonu łopatki — ból silny przy czynnem i biernem unoszeniu ramienia ku górze, czasami — tarcie kostne.

Krwiomocz w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. (Hématurie et appendicite). Lepoutre. (Posiedzenie Tow. Urologów Francuskich).

Journ. d'Urologie XXXIV, Nr. 6, grudzień 1932.

Jak obecnie, nie ulega już żadnym wątpliwościom, że istnieją przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego krwiomoczem, przyczem krwiomocz ten jest ściśle związany przyczynowo ze stanem zapalnym wyrostka, a nie zależny od jakiejś samoistnej choroby nerek (kamicy). Przypadki te są nawet dosyć częste; przeważnie chodzi tutaj o wyrostki, umiejscowione pozakrętniczo.

Mechanizm chorobotwórczy tego krwiomoczu jest zupełnie ciemny. Wysuwano tu cały szereg przypuszczeń, wśród których najwięcej cech prawdopodobieństwa ma hypoteza, tłumacząca powstanie tego krwiomoczu zapaleniem nerek (nephritis) pod wpływem drobnoustrojów lub jadów bakteryjnych pochodzenia wyrostkowego. Tłumaczenie to miałoby swoją analogję w częstem względnie wikłaniu krwiomoczem zapalenia migdałków podniebiennych (angina), tembardziej, że wyrostek robaczkowy nawet bywa nazywany migdałkiem brzusznym — ze względu na daleko idące podobieństwo pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym i fizjologicznym.

Zrozumiałem jest, że na tem tle dosyć łatwo dochodzi do pomyłek rozpoznawczych, i to tak w jednym kierunku — rozpoznawanie zapalenia wyrostka w przypadku kamicy nerkowej czy moczowodowej, jak i w drugim — rozpoznawanie ka-

micy w przypadku zapalenia wyrostka, przyczem ta druga ewentualność może być znacznie groźniejsza w następstwach dla chorego.

Dla zilustrowania wyżej powiedzianego przytacza autor opis kliniczny następującego przypadku.

Chłopiec 12-letni dostał nagle w nocy gwałtownych bólów brzucha z wymiotami; ból ten umiejscawia przeważnie w prawej dolnej ćwiartce brzucha, ale wyraźnej bolesności uciskowej ani napięcia powłok brzusznych nie stwierdza się. Stan bezgorączkowy. Bóle te powtarzają się conocy w ciągu tygodnia. W wywiadach — krótkotrwałe bóle brzucha przejściowe i skłonność do z a p a r c i a s t o l c a. Rozpoznano kamicę moczową.

Po 8 — 9 dniach nowy napad takich samych bólów brzucha, po którym wystąpił obfity krwiomocz — ale bez bólów przy oddawaniu moczu i bez parcia na mocz. Bóle i krwiomocz utrzymywały się w ciągu kilku dni. Wykonane po paru dniach zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność na przebiegu moczowodu prawego cienia, który mógłby odpowiadać kamieniowi w moczowodzie. Jednakże pyelografja dożylna nie wykazała wcale rozszerzenia miedniczki ani moczowodu, wobec czego rozpoznanie kamicy moczowodowej stało się wątpliwe. W tym stanie rzeczy zdecydowano wykonać operację. Z cięcia skośnego na prawym talerzu biodrowym, idąc pozaotrzewnowo, odsłonięto moczowód prawy, który okazał się zupełnie prawidłowym. Nacięto wówczas otrzewnę i znaleziono wyrostek robaczkowy mocno zmieniony zapalnie — krótki, gruby, nacieczony i przekrwiony, wolny całkowicie (bez zrostów). Wyrostek wycięto. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Po przecięciu wyrostka w jego świetle znaleziono duży kamień kałowy, swojem umiejscowieniem i wielkością odpowiadający owemu cieniowi na zdjęciu rentgenowskiem.

Złamania wyniosłości międzykłykciowej powierzchni stawowej kości goleniowej. (Des soi-disant fractures des épines du plateau tibial). H u s t i n.

Lyon Chir. XXX — N. 1, styczeń — luty 1933.

Wśród obrażeń stawu kolanowego grupa „wykręceń stawu" (distorsio) i „wylewów krwawych do stawu" (haemarthros) doniedawna jeszcze stanowiła dosyć poważną odsetkę wszystkich przypadków. Dopiero w miarę doskonalenia metod badania klinicznego, a zwłaszcza w związku z szerszem stosowaniem prześwietleń i zdjęć rentgenowskich, grupa ta znacznie zmalała liczbowo — na korzyść nowych jednostek klinicznych, jako to: obrażenie łąkotek wewnątrzstawowych rozerwanie więzadeł krzyżowych i złamanie wyniosłości międzykłykciowej. Co się tyczy tego ostatniego, to należałoby tutaj ustalić pewne szczegóły zasadnicze, dotyczące terminologji. Jak wiadomo, górna nasada kości goleniowej tworzy dwie powierzchnie stawowe, prawą i lewą, oddzielone od siebie wyniosłością pośrodkową; wyniosłość ta ma dwie powierzchnie trójkątne, przednią i tylną, będące miejscem przyczepu więzadeł krzyżowych, a między niemi są dwa guzki, tuberculum mediale et laterale eminentiae intercondyloideae. A więc miejsca przyczepu więzadeł krzyżowych są umiejscowione do przodu i do tyłu od wyżej wymienionych guzków.

Jeśli więc mówi się o uszkodzeniu więzadła krzyżowego z oderwaniem jego przyczepu kostnego, to ma się na myśli złamanie przedniej lub tylnej części wyniosłości międzykłykciowej, przyczem odłamaniu może ulec również jeden lub obydwa guzki (tubercula eminentiae intercondyloideae) — zależnie od przebiegu linji złamania. Obrażenie to przychodzi zwykle do skutku na drodze nadmiernego wyprostowania kończyny w stawie kolanowym, co powoduje oderwanie od kości goleniowej przyczepu więzadła krzyżowego przedniego.

Inny mechanizm ma miejsce w przypadkach złamania izolowanego jednego z guzków. Naskutek gwałtownego uderzenia z boku kłykcie kości udowej przemieszczają się nagle w kierunku bocznym, ślizgając się po powierzchni stawowej kości goleniowej i odłamując po drodze jeden lub obydwa guzki. O ile w pierwszym przypadku odłamana, a właściwie — oderwana część wyniosłości międzykłykciowej pozostaje nadal w ścisłej łączności z odnośnem więzadłem krzyżowem, to w tym ostatnim — odłamany guzek leży luźno w stawie, bez związku z więzadłem, i tworzy wolne ciało wewnątrzstawowe.

W obrazie klinicznym złamania wyniosłości międzykłykciowej jako oderwania przyczepu więzadła krzyżowego przedniego zwraca uwagę dosyć charakterystyczne ustawienie kończyny, która jest zgięta w stanie kolanowym, a wszelkie próby jej prostowania są dla chorego bolesne, przyczem natrafia to na znaczny opór. Chodzi tutaj nie o uwięźnięcie wolnego odłamu między powierzchniami stawowemi (jak się to mylnie czasami przyjmuje), a poprostu o pociąganie przez więzadło krzyżowe za odłamaną część kości, co na drodze odruchu daje skurcz odpowiednich mięśni i unieruchomienie kończyny w zgięciu.

L e c z e n i e odnośnych przypadków zależy od tego, czy ma się do czynienia z chorym zaraz po wypadku, czy też dopiero po dłuższym czasie. W przypadkach świeżych wskazane będzie unieruchomienie kończyny w zgięciu w stawie kolanowym, gdyż wówczas odłamy zbliżają się do siebie i mogą zrosnąć się z powrotem. W przypadkach zaś zadawnionych na przyrośnięcie odłama wolnego liczyć już nie można, gdyż powierzchnie złamania pokryły się warstwą chrząstki, przyczem taki staw rzekomy jest punktem wyjścia (przy ruchach w stawie kolanowym) różnych chorobowych odruchów — bólowych, mięśniowych i zapalnych. Wskazane tu będzie operacyjne wycięcie odłama wolnego.

O zaburzeniach nerwowych w następstwie ostrej niedokrwistości. (A propos de quelques troubles nerveux consécutifs aux pertes de sang). W o r m s.

Journ. de Chir. T. 41. N. 2, luty 1933.

Jeszcze nie tak dawno na ubytek krwi w czasie operacji czy też w związku z innego rodzaju obrażeniem względnie chorobą patrzano jako na szczegół dla chorego bez znaczenia. Dopiero badania kliniczne i doświadczalne, prowadzone nad przyczyną i następstwami wstrząsu pooperacyjnego i pourazowego, zwróciły należytą uwagę ogółu lekarzy na znaczenie utraty krwi dla ustro-

ju. Zaczęto wysuwać nakazy jak najbardziej oszczędnego (jeśli chodzi o stratę krwi) operowania, wychodząc z założenia, że wstrząs pooperacyjny, który zależy — zdaje się — głównie od zatrucia wsysanemi z ogniska operacyjnego produktami rozpadu tkanek, nasila się znacznie pod wpływem utraty krwi w czasie operacji.

Pomijając tutaj owe działanie „wstrząsorodne" nagłych ubytków krwi, autor w pracy niniejszej zajmuje się wyłącznie ich następstwami dla układu nerwowego, omawiając szereg odnośnych zaburzeń nerwowych i psychicznych. Na wstępie zaznaczyć należy fakt niezmiernie dla całej sprawy charakterystyczny, że owe zaburzenia nerwowo-psychiczne nie występują prawie nigdy u osobników do chwili wypadku względnie danego krwotoku zupełnie zdrowych. A więc dla powstania owych zaburzeń nie wystarcza sam nagły ubytek krwi; potrzeba do tego jeszcze innych czynników — natury miejscowej i ogólnej.

Czynniki n a t u r y m i e j s c o w e j — są to różne przewlekłe schorzenia układu nerwowego, zwłaszcza takie, którym towarzyszą poważniejsze zaburzenia w ukrwieniu poszczególnych odcinków tego układu. Odcinki te stanowią locus minoris resistentiae, a obecność ich zaznacza się częstokroć dopiero po krwotoku, naskutek powstałych po ubytku krwi porażeń. Należą tu takie przypadki jak porażenie połowicze po upuście krwi, u osobnika z nadciśnieniem i daleko posuniętą miażdżycą tętnic (tętnic mózgowych), zapalenie nerwów kończyn dolnych (polyneuritis) — u osobnika skrwawionego, któremu w celach autotransfuzji uniesiono obie te kończyny do z wywarciem ucisku, i inne.

Z przyczyn n a t u r y o g ó l n e j największą rolę w powstawaniu zaburzeń nerwowych po krwotokach gra niedomoga wątroby. W całym szeregu przypadków ślepoty po krwotokach (amaurosis) stwierdzono ponad wszelką wątpliwość istnienie poważniejszego stopnia schorzenia wątroby.

Z dotychczasowych rozważań nasuwa się jeden wniosek praktyczny dużej wagi: od wszelkich poważniejszych ubytków krwi należy chronić szczególnie starannie wszystkie osoby w podeszłym wieku, cierpiące na rozwinięty proces miażdżycowy i schorzenia wątroby.

Wszystko wyżej powiedziane dotyczy również zaburzeń psychicznych po krwotokach, jako to: stanów manjakalnych, szału z omamami wzrokowemi i słuchowemi i t. p. Że podłożem tych wszystkich zaburzeń — zarówno psychicznych, jak i nerwowych — są zmiany tylko czynnościowe (przynajmniej z początku), dowodzą tego doskonałe wyniki lecznicze zastosowanego zaraz po wystąpieniu objawów nerwowych przetoczeniu krwi — ustąpienie porażeń, ślepoty, omamów wzrokowych i słuchowych, stanów podniecenia i t. p.

Wskazania do leczenia operacyjnego i zachowawczego żylaków goleni. (Au sujet du traitement des varices). S e n e q u e.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 5, luty 1933.

Wszystkie przypadki żylaków goleni można podzielić, co do wskazań leczniczych, na trzy grupy: 1) takie, które powinny być leczone wyłącznie operacyjnie; 2) takie, które mogą być leczone bądź operacyjnie, bądź też wstrzykiwaniem środków drażniących (Sicard, Gangier); i wreszcie 3) przypadki dające wyłącznie wskazania do leczenia wstrzykiwaniami.

I Do pierwszej grupy należą żylaki goleni bardzo rozległe i znacznego kalibru (z daleko posuniętem rozszerzeniem żył), przy zachowaniu dobrego stanu skóry (niezmienionej zapalnie). W przypadkach tych zwykle na drodze wstrzykiwań nie udaje się osiągnąć wyleczenia, gdyż niepodobieństwem jest doprowadzić do zupełnego zarośnięcia żyły o tak szerokiem świetle (zwłaszcza przy znacznem rozszerzeniu samego pnia żyły odpiszczelowej). Ale nawet jeśli żyła ulegnie całkowitemu zarośnięciu, to pozostałe po tem stwardnienie może być źródłem różnych przykrych dla chorego uczuć. Jeśli chory przebył niedawno zapalenie zmienionych żylakowato żył goleni, to nawet w tym przypadku operacyjne ich wycięcie będzie przedstawiało mniejsze ryzyko (jeśli chodzi o niebezpieczeństwo ożywienia zakażenia) niż wstrzykiwanie środków drażniących.

Naturalnie, jeśli chory przebył zapalenie żył głębokich danej kończyny, to i leczenie operacyjne żylaków i zachowawcze będą tutaj w równym stopniu przeciwskazane, jako że zjawienie się żylaków w przypadku tym będzie miało dla ustroju znaczenie lecznicze (żylaki zastępcze).

II. Druga grupa przypadków dotyczy żylaków średniej wielkości i rozległości, pokrytych skórą niezmienioną — wybór tej czy innej metody leczniczej będzie tu zależał od woli chorego Kobiety ze względów kosmetycznych będą przeważnie za wstrzykiwaniami (które nie pozostawiają po sobie blizny), chorzy zaś, którym będzie bardzo zależało na szybkiem ukończeniu kuracji — za leczeniem operacyjnem.

Trzeba jednakże przyznać, że olbrzymia większość chorych z tej grupy wybiera wstrzykiwania.

III. Do ostatniej grupy należą bądź to przypadki żylaków małych, w których wyleczenie następuje już po 2 — 3 wstrzykiwaniach, bądź też przypadki, w których skóra jest zmieniona zapalnie — bez względu na wielkość i rozległość żylaków. We wszystkich — wskazane jest wyłącznie leczenie wstrzykiwaniami. Operacja w przypadkach ze zmianami zapalnemi skóry, jak również umiejscowieniu żylaków częściowo w samej skórze, prowadzi często do powikłań w gojeniu się rany pooperacyjnej (ropienie, nekroza brzegów rany).

Co się tyczy nawrotów cierpienia, to po operacji w ścisłem tego słowa znaczeniu nie bywa, ale mogą ulec zwyrodnieniu żylakowemu te żyły, które w chwili operacji wyglądały jeszcze prawidłowo; dlatego też operacji nienależy nigdy wykonywać we wczesnym okresie choroby, zanim się ona do pewnego stopnia nieustabilizuje. Po leczeniu żylaków wstrzykiwaniami nawroty bywają, ale wystarczają wówczas 2 — 3 wstrzyknięcia, żeby nowowytworzone żylaki zginęły.

Na kilka tysięcy wstrzyknięć w przebiegu leczenia żylaków goleni nie miał autor ani jednego powikłania zatorem (embolia).

Badania doświadczalne nad pobudzeniem do życia ustrojów zamarłych. (La réanimation). B i n e t.

La Presse Méd. Nr. 15, luty 1933.

Śmierć ustroju zwierzęcego następuje bądź to wskutek porażenia serca, bądź też — porażenia oddechu. Wstrzymanie czynności serca i ośrodka



LABORATORJA NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION, PARIS 15

OUABAÏNE ARNAUD

Jest to **jedyny przetwór** którego trwałe własności fizyczno-chemiczne, fizjologiczne i toksyczne zostały dokładnie ustalone i opisane, co daje ogółowi lekarzy gwarancję zupełnie pewnego i bezpiecznego działania.

NAJWYBITNIEJSZE TONICUM SERCOWE

POTĘŻNE DZIAŁANIE MOCZOPĘDNE

WSKAZANIA :

Niedomoga sercowa
Osłabienie mięśnia sercowego.
Niemiarowości. Częstoskurcze.

MNIEJ TOKSYCZNE OD STROFANTYN

DZIAŁANIE ZAWSZE PEWNE I STAŁE

POSTACI :

Tabletki à 1 miligr.
Ampułki à 1/4 miligr. (śródżyln.)

Rozczyn 4 : 1000 (krople).
Ampułki à 1/2 miligr. (śródmięśn.)

DOKŁADNE DAWKOWANIE

Przedstawicielstwo na Polskę : L. NASIEROWSKI, Warszawa, Kaliska 9 — Tel. : 924-39, 930-42

Draeger

oddechowego. — są to dwa główne czynniki w mechaniźmie umierania ustroju. Autor przeprowadził szereg doświadczeń na kurczętach i rybach, które polegały na pobudzaniu do życia porażonych uprzednio różnemi środkami (chloroform, prąd elektryczny) — serca i ośrodka oddechowego.

Serce. Wyosobnione serce ślimaka, zanurzone w odpowiednim roztworze solnym, kurczy się prawidłowo; po dodaniu do roztworu pewnych ilości chloroformu serce przestaje się kurczyć; jeśli było ono poddane działaniu chloroformu przez czas niezbyt długi, to po usunięciu go z tego środowiska, przemyciu dokładnem i włożeniu do roztworu fizjologicznego — zaczyna się kurczyć z powrotem. Jeśli jednak po przemyciu serca i włożeniu go do roztworu fizjologicznego czynność jego nie wraca, to wystarcza drobny dodatek do tego roztworu kofeiny (w stosunku 0.002%) lub kamfory, aby serce zaczęło się kurczyć prawidłowo.

Podobne doświadczenie i z podobnym wynikiem wykonano na sercu płodu kurczęcia. Ze środków ożywiających — poza kofeiną i kamforą — stosowano adrenalinę, sparteinę, atropinę i pilokarpinę.

Ośrodek oddechowy. do doświadczeń użyto tutaj ryb — ze względu na skrzela będące doskonałym narzędziem resorbcyjnym. Po umieszczeniu ryby (Gobius lota) w basenie, napełnionym wodą morską z dodatkiem odpowiednim chloroformu w 15 — 20 minut traci ona zupełnie oddech i wpada w zamartwicę; po przeniesieniu jej do czystej wody morskiej — stan bez zmiany, jeśli zaś umieścić ją w wodzie z dodatkiem kofeiny — ryba zaczyna oddychać i wraca do życia. Następnie umieszczano ryby w basenie z wodą morską, przez którą przepuszczano prąd elektryczny; traciły one natychmiast oddech i odzyskiwały go po przeniesieniu go do kofeiny. Podobne doświadczenia przerabiano z odciętą głową tegoż gatunku ryb.

Spostrzeżenia kliniczne w odniesieniu do ludzi potwierdzają całkowicie wyniki powyższych doświadczeń na zwierzętach. Na porządku dziennym są przypadki pobudzenia do życia chorych u których serce czy też ośrodek oddechowy zostały porażone. Dlatego też i w przypadkach zupełnego ustania czynności serca, i przypadkach porażenia oddechu (n.p. utonięcie, rażenie prądem elektrycznym) nie należy nigdy rezygnować przedwcześnie z uratowania chorego, ponieważ przy zastosowaniu odpowiednich środków zawsze mamy tutaj pewne szanse przywrócenia do życia.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE.

Ostre zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych. (La Neuropticomyélite aigue. Observation anatomo-clinique). Milian, Lhermitte, Schaeffer i Horowitz.

Rev. Neurol. 1931, T. II. N. 3, str. 257.

Kombinacja paraplegji z zaburzeniami wzrokowemi stanowi zespół opisany przez *Devic'a* w 1894 roku jako neuromyelitis optica.

U 37-letniego syfilitika, bez zmian specyficznych w płynie m. r. i krwi, wystąpiły prawie równocześnie niedowład dolnych kończyn i zaburzenia wzroku. Wkrótce porażenie dolnych kończyn było zupełne o typie kurczowym z zaburzeniami czucia bólu i temperatury sięgającemi do DVI — DVII. W płynie m. r. pleocytoza i dużo białka. Siła wzroku 1/3. Papillitis oedematosa. Zaburzenia działalności zwieraczy. Śmierć wskutek zakażenia dróg moczowych.

Badanie mikroskopowe wykazało zmiany w całym rdzeniu kręgowym, nieznaczne w śródmóżdżu i wybitne w nerwach wzrokowych. Ogniska demyelinizacji leżą obok naczyń, w nich osiowe włókna rozpadają się. Wyraźny odczyn glejowy dotyczy makro i mikrogleju. Sprawa ma charakter zwyrodnieniowo-zapalny, niema związku z przebytą kiłą. Cierpienie wywołuje jad neurotropowy.

Przyczynek do nauki o odruchach kurczowych ustawienia. (Contribution à l'étude des reflexes toniques de posture). O. Balduzzi.

Rev. Neurol. 1931. T. II. N. 3, str. 280.

Dotąd znane są tylko dwa odruchy ustawienia z głowy na nogi: 1) zgięcie głowy ku przodowi wywołuje zgięcie nóg i 2) skręcanie głowy powoduje zgięcie nogi tej strony, w której kierunku skręcamy kark.

Autor opisuje odruch zasadzający się na skurczu mięśni wyprostnych biodra przy skręcaniu głowy. Umieszczając badanego na brzuchu w poprzek łóżka w ten sposób, że głowa i nogi zwisały. Skręcanie głowy aż do bólu wywołuje skurcz mięśni pośladkowych tej strony, w którą kręcimy głowę. Wzmożenie tego odruchu wyraża się podnoszeniem i przywodzeniem nogi wskutek skurczu mięśni pośladkowych. Odruch opisany występuje wyłącznie w stanach chorobowych, zależy od uszkodzenia mózgu strony przeciwnej i nie jest pochodzenia piramidowego.

Jeżeli zginać jedną nogę, w kolanie i stawie biodrowym, to druga wykonywa ten sam ruch w mniejszym, lub większym zakresie. Odruch ten istnieje u dzieci w wieku do lat dwóch, w wieku starszym jest zjawiskiem chorobowym. Pochodzenie odruchu jest mózgowe.

Wpływ leczenia zimnicą na zmiany mózgowe w porażeniu postępującem. Wpływ zimnicy na krętki blade. (Malariatherapie et les lesions cerebrales dans la paralysie generale progressive, action de la malaria sur le treponema pallidum). Demf. Em. Pauliani I. Bistriceanu.

Rev. Neurol. 1931. T. II. N. 3, str. 293.

Nacieki okołonaczyniowe kory są zwiększone w przypadkach, które zmarły w okresie napadów zimniczych, lub bezpośrednio po nich, i składają się z limfocytów i komórek plazmatycznych. O ile zejście nastąpiło w miesiąc po leczeniu, to nacieki są słabsze i przeważają limfocyty. Najwięcej nacieków jest w zwojach czołowych. Naokoło naczyń występuje przerost gleju plazmatycznego. Leczenie zimnicą nie wywołuje zmian w naczyniach.

Po licznych napadach gorączkowych krętki są spotykane zrzadka, lub zupełnie ich brak, czasami występują nieliczne zanikłe, lub zwyrodniałe egzemplarze. Krętki również rzadko występują w mózgach osobników zmarłych przed leczeniem malaryjnem, lecz po uprzedniem leczeniu bismuto-wo-arszenikowo-rtęciowem. Są one bardzo liczne, o ile przypadek zupełnie nie był leczony.

Zmiany zwyrodnieniowe komórek mają większe, niż zwykle natężenie, zwłaszcza w warstwach II i III zwojów czołowych: występuje neuronofagja, rozrzedzenie plazmy komórek, chromatolyza, vakuolizacja, przesunięcie jądra ku obwodowi, zanik i zniszczenie wypustek komórkowych; czasami zdarzają się okolice pozbawione komórek.

Dr. med. Zygmunt Messing.

PEDJATRJA

Ostre pneumokokowe zapalenia otrzewny. (Les péritonites aigües à pneumocoques). C a u b e t.

Pediatrie. Février 1933.

Istnieją dwie postacie pneumokokowego zapalenia otrzewny: postać podostra, której cechą jest szybkie otorbienie i utworzenie ograniczonego ropnia, i postać ostra, rozlana, o rokowaniu bardzo poważnym. Autor omawia tę ostatnią postać, ze względu, że jest ona źródłem nietylko dużych trudności różniczkowo-rozpoznawczych, lecz wymaga także niezmiernie oględnego postępowania leczniczego.

Rozpoznanie ostrego pneumokokowego zapalenia otrzewny nastręcza duże trudności, gdyż charakterystyczne objawy nie zawsze istnieją i wartość ich jest względna. Różniczkowanie jednak od innych rodzajów zapalenia otrzewny jest konieczne, ze względu na odmienny sposób postępowania.

U dzieci zdarzają się zapalenia otrzewny gonokokowe, a także gruźlicze o przebiegu ostrym, lecz są one względnie rzadkie. Najczęściej zapalenie otrzewny występuje w związku ze sprawą wyrostkową. Praktycznie, w przebiegu ostrego zespołu otrzewnowego u dziecka najczęściej różniczkuje się pomiędzy temi dwiema sprawami. Dla rozpoznania pneumokokowego zapalenia otrzewny należy oprzeć się na cechach klinicznych i badaniach pomocniczych. Cierpienie to zdarza się najczęściej u dziewcząt; u chłopców są znane tylko pojedyncze przypadki. A więc zespół otrzewnowy u dziecka płci żeńskiej — już powinien nasunąć myśl o pneumokokowem zapaleniu otrzewny. Ta wybiorczość ma zależeć od tego, że u dziewcząt źródłem dla zapalenia otrzewny jest vulvo-vaginitis pneumokoccica. Początek cierpienia prawie zawsze jest jednakowy: wśród pozornego zdrowia, nagle występują rozlane silne bóle w jamie brzusznej, w połączeniu z ciężkim stanem ogólnym i wysoką ciepłotą (do 40°). Bardzo ważnym i charakterystycznym objawem jest biegunka, która występuje wcześnie, na samym początku cierpienia. Stolce są śluzowe, cuchnące, b. częste (do 20 na dobę), uporczywe. Objaw ten w połączeniu z objawami otrzewnowemi posiada dużą wartość rozpoznawczą, aczkolwiek u dzieci i inne rodzaje zapaleń otrzewnej mogą czasami rozpoczynać się biegunką. Pozatym objaw ten nie jest konieczny i biegunka może nie wystąpić.

Dalszą cechą kliniczną ma być brak umiejscowienia bólu i napięcia powłok brzusznych; napięcie powłok i bóle nie dominują po stronie prawej, ani przy badaniu zewnętrznym, ani też per rectum.

Ważną cechą jest stwierdzenie wydzieliny pochwowej i wykrycie w niej pneumokoków. Naogół rozpoznanie kliniczne jest b. trudne gdyż za wyjątkiem opisanej biegunki, cechy różniczkowe polegają na mało uchwytnych odchyleniach w obrazie klinicznym, a które mogą zdarzać się i w zapaleniach otrzewny pochodzenia wyrostkowego.

Badania pomocnicze nie rozstrzygają trudności. Poza wymienionem badaniem wydzieliny pochwowej na pneumokoki, które nie zawsze można wykryć, a których wykrycie nie rozstrzyga kategorycznie o etjologji zapalenia otrzewny, pewną wartość posiada jeszcze morfologiczne badanie krwi. Według Gibson'a, zapalenia pneumokokowe dają bardzo wysoką leukocytozę wielojądrzastą, przewyższającą 30.000 w/m. Cecha ta jednak nie jest patognomoniczna, gdyż były opisane przypadki zapalenia otrzewny o innej etjologji i równie wysokiem mianie leukocytozy we krwi.

Do ścisłego rozpoznania różniczkowego należy dążyć dlatego, że wczesny zabieg operacyjny w pneumokokowym zapaleniu otrzewny zdaje się dawać złe wyniki i pogarszać rokowanie, a więc odwrotnie niż w zapaleniu pochodzenia wyrostkowego.

Liczby statystyczne są niekorzystne dla zabiegu operacyjnego: ze szpitala Bretonneau na 5 przypadków wcześniej operowanych — 4 zejścia śmiertelne, z oddziału Ombrédanne'a, — na 8 przypadków operowanych — 7 zejść niepomyślnych, na 4 nieoperowane — 3 wyleczenia. Według Budde, śmiertelność w przypadkach wcześniej operowanych wynosi 90% , w innych 33% i jeszcze mniej. Laparotomja w tych przypadkach prowadzi do wystąpienia posocznicy lub powikłań płucnych. Mathieu, w komunikacie swym w Tow. Chir. w Paryżu, — ustala, że z chwilą rozpoznania pneumokokowej etjologji, — należy powstrzymać się z zabiegiem operacyjnym. Ponieważ jednak rozpoznanie etjologiczne bywa często niemożliwe, a częstość zapaleń otrzewny pochodzenia wyrostkowego jest znacznie czestsza (90%), — upoważnia to chirurga do zabiegu w każdym przypadku, w którym etjologja nie może być z pewnością ustalona.

Autor opisuje własny przypadek pneumokokowego zapalenia otrzewny u dziewczynki 6-cio letniej, operowany 3-go dnia choroby z zejściem niepomyślnym wskutek powikłań płucnych.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Łupież pstry, nietypowy. (Pititriasis vericolor atypiques. Les erreurs avec la syphilis, leur importance pratique). H. G o u g e r o t.

La presse Méd. Nr. 37, 1932.

Typowe przypadki łupieżu pstrego są łatwe do rozpoznania: wyraźnie odgraniczone, okrągłe plamy barwy mlecznej kawy a przedewszystkiem łupieżowate łuszczenie się naprowadzają odrazu naszą myśl w kierunku właściwym. Przeciwnie postaci nietypowe są trudne do rozpoznania i prowadzą często do stawiania błędnej djagnozy, często kiły.

Pierwszą grupę stanowią przypadki łupieżu pstrego wystawione na działanie światła słonecznego lub pozafjołkowego. Miejsca zajęte sprawą chorobową częściowo zostają działaniem promieni odbarwione, częściowo grzybnia i łuski , działające jak ekran przeszkadzają normalnemu zbrunatnieniu skóry. Skóra zdrowa w otoczeniu przybiera barwę mniej lub więcej brunatną, miejsca schorzałe bieleją (pitiriasis versicolor achromiants). Jeżeli wykwity miały nie zwykły kształt plam o-

krągłych a były festonowate lub punkcikowate to rozpoznanie będzie tem trudniejsze i zdarzają się często w takich razach pomyłki rozpoznawania kiły (leukoderma), zwłaszcza o ile sprawa umiejscowi się głównie na szyji, co w łupieżu pstrym może mieć miejsce.

Drugą postacią nietypowego łupieżu pstrego jest postać rumieniowa (pitiriasis versicolor érythématosquameux), która zdarza się na skórze nieopalonej. Wykwity przybierają odcień różowy W obydwu tych nietypowych postaciach 2 objawy występujące stale pomagają nam do postawienia właściwego rozpoznania: łupieżowate łuszczenie i obecności grzybni w łuskach (microsporon furfur).

Leczenie: jak we wszystkich grzybicach. Codzienne nacieranie spirytusem salicylowym, ponadto stosowanie środków przeciwpasorzytniczych, jak Kalomelu, zincum sulfuricum, chrysarobiny, jodu — w maściach lub płynach; w końcu — wyjałowienie odzieży. Nawroty są bardzo częste i dlategoteż leczenie należy prowadzić kilka tygodni po zniknięciu wykwitów. Leczenie promieniami ultrafioletowymi nie chroni od nawrotów a jest o tyle niewygodne, że powoduje zmiany barwikowe skóry.

Leczenie łuszczycy złożonymi środkami redukującymi. (Le traitement du psoriasis par les pommades réductrices composées). A. S é z a r y.

La Presse Médicale, Nr. 42, 1932.

Łatwo zrozumieć, że w schorzeniu, którego etjologja jest nieznana brak nam pewnych środków leczniczych. W łuszczycy wszystkie sposoby leczenia nie chronią od nawrotów i nie zawsze można osiągnąć niemi „wybielenie“ chorego. Leczeniem do pewnego stopnia specyficznem dla łuszczycy zdają się być środki redukujące. Niektóre z nich działają niedostatecznie, są jakby za słabe (ol. cadini). Innych, jak chryzarobiny, kwasu pyrogallusowego nie można stosować w dostatecznych stężeniach z obawy przed zatruciem lub nietolerancją chorego. Połączenie licznych, różnych środków redukujących pozwala nam w stosunkowo krótkim czasie bez szkody dla chorego usunięcie wykwitów.

Autor stosuje zawsze maści, w skład których wchodzi kilka słabszych i silniejszych środków redukujących (n. p. chryzarobiny 3 do 5%, kw. pyrogallusowego 1 — 2%, ichtyoli i ol. cadini po 8%, Kw. salicylowego 1%, szarego mydła 1—5%) — i tym sposobem w 2 do 3-ch tygodni, niekiedy w połączeniu z autohemoterapją, uzyskuje „wybielenie“ chorego. Środków tych nie można stosować na skórze owłosionej części głowy ze względu na zmianę zabarwienia włosów ani na twarzy ze względu na niebezpieczeństwo zapalenia spojówek. W tych razach wystarcza zwykła zawartość hg. praecip. album w maści. Wykwity na twarzy i głowie przy leczeniu wykwitów na tułowiu znikają niekiedy samoistnie prawdopodobnie skutkiem ogólnego wstrząsu, jaki wywołuje stosowanie środków redukujących na skórę.

Leczenie wrzodów goleni. (Le traitement des ulcéres de jambe). A. S é z a r y.

La Presse Médicale, Nr. 42, 1932

2 są przyczyną powstawania wrzodów goleni. Pierwszą stanowią zaburzenia w krążeniu (żylaki, zapalenia żył i t. p.), drugą — uszkodzenie ciągłości naskórka i wchodząca skutkiem tego infekcja do tkanek głebszych (trauma, exulceratio, eczema, ecthyma). Leczenie wrzodów goleni polegać powinno na usuwaniu tych dwóch czynników chorobotwórczych,. Aby poprawić warunki krążenia koniecznem jest pozostawienie chorego w łóżku. Jest to sposób prawie jedyny. W czasie leżenia należy polecić systematyczne wykonywanie ruchów stopą i palcami u stopy. Zrozumiałem jest, że równocześnie należy usuwać i inne przyczyny zaburzeń w krążeniu, jak n. p. chorobę serca, zapalenie nerek i t. p. Leczenie odkażające polegać powinno na codziennem myciu otaczającej owrzodzenie skóry mydłem i ciepłą wodą, na stosowaniu następnie wody utlenionej. Stosując następnie co 2 do 3ch dni roztwór azotanu srebra 1:30 i naprzemian maść rtęciową żółtą — w krótkim czasie uzyskamy odkażenie owrzodzenia. Ten sposób leczenia stosował autor w swojej praktyce i bardzo rzadko zmuszony był zmieniać lub uzupełniać leczenie innymi dodatkowymi sposobami. Ważnem jest również zapobieganie nawrotom, które w przypadkach wrzodów goleni zjawiają się łatwo, ochraniania kończyn przed urazem i skrupulatne przepisy higjeniczne wywierają należyty skutek.

O działaniu natrysku „nitkowego“ w dermatologji. (Stude physiopathologique de l'action de la Douche Filiforme en dermatologie). A l e c h i n s k y.

Le Presse Médicale, Nr. 48, 1932.

Leczenie natryskiem „nitkowatym“ polega na stosowaniu na skórę bardzo wąskiego strumienia wody ($^{1}/_{10}$ do $^{1}/_{2}$ milim.) płynącej z wielką szybkością pod ciśnieniem 2-ch do 20-stu atmosfer Taki strumień wody działa na skórę schorzałą do pewnego stopnia wybiórczo. W zdrowej skórze — skutkiem jej elastyczności powstaje zagłębienie odpowiadające uciskowi wywartemu przez strumień. Miejsca nieznacznie nawet chorobowo zmienione zostają siłą strumienia niejako kontuzjowanie czego następstwem jest odczyn zapalny i następowe bliznowacenie. Jest to działanie chirurgiczne i słusznie nazwano taki strumień wody „curette inteligente“. Drugim efektem tego sposobu leczenia jest pobudzenie krwioobiegu, co wykazano przy pomocy kapilaroskopu. Normalne naczynia włoskowate w ⅔ częściach są niewypełnione krwią; po zabiegu w całości wypełniają się. Równocześnie z pobudzeniem krwioobiegu wzrastają procesy wydzielnicze skóry. Znane jest też działanie tego natrysku odruchów na nerwy i tym tłumaczy się dobry wynik leczniczy w takich schorzeniach jak wyłysienie, swiąd i t. d. Powyższy sposób leczenia nadaje się szczególnie w przypadkach trądzika, ograniczonego tocznia.

Doświadczalne odczyny skórne a patogeneza uczulenia. (Les réactions cutaneés experimentales et la pathogénie des états d'intolérance). A. S é z a r y i S. M a u r i c.

La Presse Méd. 1932, Nr. 51.

Badania nad odczynami skórnemi z różnemi antygenami wykazały, że różnym mechanizmom nietolerancji odpowiadają różne typy odczynów skórnych. Praca obejmuje większość schorzeń, w których uczulenie może odgrywać pewną rolę; dusznicę, pokrzywkę, wyprysk, wypryszczenie, mikrobowe schorzenia skórno-naskórkowe, zapalenia skóry artificjalne, poarsenowe, gruźlice, kiłę, wrzód weneryczny i t. p.

Rozróżniono trzy typy odczynów skórnych:
I obrzękowa — pokrzywkowa grudka
II grudka zapalna
III wykwit rumieniowo-pęcherzykowy lub rumieniowy złuszczający się.

Wyniki badań wskazują na to, że:

1° w przypadkach odczynów I mamy do czynienia z tolerancją humoralną, przeciwciała jakby krążyły w krwi lub w płynie śródmiąższowym. Nadczułość ta jest zawsze wyraźna, ma cechy anafilaktycznej. Wykwit zjawia się szybko (10 — 30 minut), szybko znika. Co więcej, obecność krążących przeciwciał wykazano przez bierne przeniesienia uczulenia sposobem Prausnitz-Küstner'a, które w tych przypadkach z wyjątkiem krystaloidów udaje się.

2° w przypadkach odczynów typu II mamy do czynienia z nietolerancją tkankową, skórną (allergja), czego dowodzą doświadczenia nad przeszczepianiem schorzałych i zdrowych odcinków skóry. Odczyny te, co do nasilenia rozmaite, mają dłuższy okres wylęgania (1 do kilku dni), dłuższy czas trwania i nie dają się przenieść na inne osobniki.

3° przypadki należące do typu III mają nietolerancję tkankową naskórkową, również nie dają się przenosić zaczem przemawiają doświadczenia Noegeli'ego i innych.

Naogół więc wydaje się, że anafilaksja jest zjawiskiem humoralnem, allergja tkankowem. Aby więc zbadać z jakiego rodzaju nietolerancją mamy do czynienia należy w każdym przypadku (z wyjątkiem niektórych) wykonać trzy badania: naskórne i podnaskórkowe. W wypadkach odczynów typu I i II najlepszą jest metoda śródskórna (naskórna jest znacznie mniej czuła). Jednakże we wszystkich przypadkach nadczułości wykonywanie śródskórnych odczynów jest przeciwwskazane ze względu na możliwość wywołania niepokojących a nawet ciężkich objawów ogólnych. Dlatego więc we wszystkich schorzeniach anafilaktycznych zamiast badań śródskórnych wykonuje się naskórne. Tak samo postępuje się w przypadkach tkankowej nadczułości w gruźlicy, która zwykle jest bardzo znacznego stopnia. Śródskórnych badań nie można również wykonywać z antygenami, które mają bezpośrednie drażniące działanie na skórę n. p. sole bromowe, atropina. W tych razach również wykonuje się odczyny naskórne. W przypadkach allergji skórnej bez nadczułości badania śródskórne są o wiele czulsze od naskórnych. Dla przypadków allergji naskórkowej najlepszym i jedynym sposobem badań są śródnaskórkowe. Praktycznie będzie wykonać najpierw badanie naskórne a nazajutrz po wykluczeniu nadczułości pozostałe odczyny.

Jeżeli powyższe próby wypadną ujemnie — nie świadczy to wcale o braku anafilaksji czy allergji. Szereg odczynów może niejako znosić odczyny skórne: okres cofania się schorzenia, wielokrotne powtarzanie odczynów, zjawiająca się w międzyczasie choroba zakaźna, poprzedzające leczenie szczepionkami i przypuszczalne liczne jeszcze dotychczas nieznane czynniki sprawiają, że ujemne wyniki badań nie mają żadnego znaczenia praktycznego.

Pozatem należy sobie zadać pytanie, czy w niektórych przypadkach (wstrząs azotynowy) siedzibą uczulenia nie są jakieś inne tkanki (ani skóra, ani naskórek, ani soki), których dotychczasowe nasze sposoby nie są w stanie wykryć.

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny



Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.
NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Schulman, Georges Lévy: O koniecznych warunkach do uznania stałości Wassermanna. (W. irréductible).

Bulletin de la Soc. de Dermatol. Syph. 1932 Nr. 7).

Stałym W. jest odczyn, który pozostaje dodatnim:

1. pomimo energicznego leczenia rozmaitemi lekami w dawkach maksymalnych, prowadzonego najmniej przez 2 lata,
2. przy braku objawów skórnych; na śluzówkach i dających się wykazać w trzewiach
3. przy prawidłowym płynie mózgo-rdzeniowym.

Te warunki wykluczają z pod nazwy W. stałego:

1. przypadki jakichkolwiek zmian kiłowych czynnych
2. leczonych niedostatecznie zbyt słabemi dawkami lub z zachowaniem zadługich przerw.

3. leczonych przeważnie jednym lekiem.
4. leczonych krócej niż 2 lata.

Uwzględniając te warunki, liczne przypadki opisywane jako Wass. — stałe, należy nazwać Wass. — oporne. Przejściowym okresem będzie okres Wass — wahający.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie krwawiączki wyciągami jajnikowemi. Leczenie to daje pomyślne wyniki i w okresie krwawienia, i w przerwach między krwawieniem w znaczeniu zapobiegawczem. Wyciągi jajnikowe działają tu nietylko objawowo, ale leczą rzeczywiście samo tło choroby, jakkolwiek naogół działanie tych wyciągów nie jest długotrwałe. Z tych też względów leczenie wyciągami będzie wskazane przedewszystkiem bądź to w czasie samego krwawienia, bądź też bezpośrednio przed ewentualnym zabiegiem operacyjnym (3 wstrzyknięcia w odstępach 6-godzinnych).

Dotychczas stosowano u krwawców wyciągi jajnikowe wyłącznie w postaci wstrzyknięć. Podawania doustnego nie próbowano jeszcze.

(La Presse Méd. Nr. 16 — 1933).

W przypadkach wypadnięcia czynności jajników (po ich usunięciu operacyjnem) bardzo dobre wyniki lecznicze daje naświetlenie lecznicze promieniami Roentgena okolicy nerwów trzewnych. Wystarcza jedno, czasami dwa naświetlenia, modyfikujące czynność układu nerwowego współczulnego, ażeby po krótkim, przejściowym okresie pogorszenia ustąpiły całkowicie i zwykle trwale wszelkie objawy chorobowe, cechujące okres przekwitania u kobiet. Takie same pomyślne wyniki lecznicze widywano również po naświetleniu okolicy nerwów trzewnych i w przebiegu fizjologicznego przekwitania.

(La Presse Méd. Nr. 17 — 1933).

Cz.

Leczenie podskórnych i śródskórnych naczyniaków wstrzykiwaniem środków drażniących i zamrażaniem (Sézary). Do wstrzykiwań używa się podwójnego chlorowodorku chininy i mocznika w roztworze 5 — 10%. Jeśli chodzi o naczyniaki podskórne (guzowate), to wstrzykuje się, poczynając od powierzchownych warstw, stopniowo coraz głębiej; płyn leczniczy wprowadza się nie do światła naczyń, a między naczynia. Początkowo wstrzykuje się bardzo nieznaczne ilości roztworu (do ½ cm³), później stopniowo więcej. Zamrażanie kwasem węglowym, zastosowane na powierzchnię naczyniaka bezpośrednio po wstrzyknięciu, uzupełnia leczenie i znakomicie wzmaga jego działanie. Przeciętnie, do osiągnięcia wyleczenia potrzeba 3 — 6 takich seansów. Wyniki są doskonałe. W przypadkach naczyniaków śródskórnych (płaskich) wyniki bywają nieco gorsze. Należy tu wstrzykiwać ściśle do warstwy naczyń podskórnych, gdyż wstrzyknięcie zbyt powierzchowne może spowodować obumarcie naskórka, wstrzyknięcie zaś zbyt głębokie — wogóle nie da wyniku leczniczego.

(La Presse Méd. Nr. 13 — 1933).

M.

BIBLJOGRAFJA

Prof. Dr. A. P. Gubarew i Prof. dr. S. A. Sielicki. Środki zapobiegające ciąży w nowoczesnym oświetleniu naukowem. Przełożył i uzupełnił Dr. med. M. Mosenkis. Słowo wstępne Doc. Dr. med. L. Lorentowicz. Warszawa. Eskulap 1932 r. str. 297. Cena 16 zł.

Ukazała się drukiem książka wypełniająca poważną lukę w literaturze lekarskiej polskiej. Sprawa zapobiegania ciąży, dotychczas traktowana pobieżnie i często niedokładnie znana nawet lekarzom-specjalistom, doczekała się wyczerpującego omówienia.

Oprócz wskazówek technicznych znajduje czytelnik w tem dziełku zbiorowem przełożonych na język polski przez dr. M. Mozenkisa jeszcze wiadomości ważne i zasadnicze, jak wskazanie lekarskie do zapobiegania ciąży, stosunek eugieniki do tego zagadnienia, jak również krytykę szeroko stosowanych niestety nielekarskich sposobów wystrzegania się ciąży.

Poza zapobieganiem ciąży środkami mechanicznemi i farmakologicznemi omówio-

no w tej monografji także operacyjne ubezpłodnienie czasowe i stałe. Liczne ryciny podnoszą wartość książki.

Mimowoli tylko przychodzi refleksja: dlaczego w wydaniu polskiem opuszczono cały materjał statystyczny i doświadczenia organizacyjne uzyskane z bogatych spostrzeżeń rosyjskich? Było by to niewątpliwie znacznym pogłębieniem ujęcia ciekawej sprawy zapobiegania ciąży.

T. Z.

KRONIKA

Pierwszy francuski Kongres Lecznictwa odbędzie się w Paryżu od dnia 23 — 25 października 1933 r. pod przewodnictwem prof. dr. Loepera, profesora terapji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego. Przedstawicielem Polski w Komitecie honorowym Kongresu jest Prof. dr. Witold Orłowski, dyrektor II-ej kliniki Chorób Wewnętrznych U. W.

Tematami Kongresu są następujące zagadnienia:

Leczenie pozajelitowe wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Leczenie kolibacillozy.

Połączenia środków leczniczych.

Pyretoterapja elektryczna i chemiczna.

Przyjmowane będą doniesienia na powyższe tematy.

Wszelkich informacyj, dotyczących Kongresu, udziela Biuro Kongresu, 8 Place de l'Odéon, Paryż VI.

---

46 kongres T-wa francuskiego oftalmologicznego odbędzie się w Paryżu dnia 26 czerwca. Referat programowy „Conjunctivitis follicularis" wygłos Prof. Morax. W czasie zjazdu odbędą się zwiedzania klinik i okolic Paryża. Informacji udziela Sekretarz Generalny Zjazdu Dr. René Onfray, 6 avenue de la Motte Picquet, Paris 7e.

Od 1 do 15 maja odbędzie się pod kierownictwem Prof. M. Villaret'a kurs dokształcający o leczeniu chorób przewodu pokarmowego, wątroby i przemiany materji, połączony z wycieczką do uzdrowisk (Vichy). Wpis wynosi 200 fr. fr. Informacji udziela: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Therapeutiques de la Faculté de Medecine de Paris.

Kurs dotyczący zaburzeń rytmu serca odbędzie się od 15 do 25 maja w szpitalu Tenon, pod kierownictwem Prof. C. Lian'a. Po kursie wycieczka do Vittel, Contrexeville i Bains les Bains. Wpis 250 fr. fr. kurs, 150 fr. fr. wycieczka.

Kurs techniki hematologicznej prowadzony przez E. Peyre rozpocznie się dnia 7 czerwca w Paryżu. Kurs obejmuje 16 wykładów. Wpis: 250 fr. fr.

Klinika Oto-Rhino-Laryngologiczna. Kurs dokształcający w Sztrasburgu. Prof. Georges Canuyt.

Chirurgja Oto-Rhino-Laryngologiczna. Technika operacyjna i postępowanie chirurgiczne u dziecka i u dorosłego.

Kurs odbędzie się w lipcu 1933 od poniedziałku 17 lipca do poniedziałku 24 lipca.

Zapytania należy kierować do Prof. G. Canuyt. Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique. Hôpital Civil. Strasbourg.

Uchwałą Walnego Zgromadzenia z dnia 12 stycznia 1933 roku długoletni i zasłużony ordynator szpitala Ś-go Łazarza dr. med. Robert Bernhardt został wybrany członkiem honorowym Czeskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Szczepienia przeciwgruźlicze B. C. G. wprowadzone przez Calmette'a we Francji, a przyjęte obecnie już prawie w całym świecie, stosowane są w Polsce od lat 6-ciu. Zapoczątkowane zostały w r. 1926 przez Polski Komitet Szczepień (w skład którego weszli przedstawiciele nauki i Polski Związek Przeciwgruźliczy), jako badania naukowe i stosowane były początkowo w ograniczonej liczbie. Od r. 1928 szczepienia wprowadzone zostały na szeroką skalę i stosowane są obecnie w Warszawie prawie we wszystkich Zakładach Położniczych, tak iż w chwili obecnej liczba zaszczepionych dzieci w Warszawie wynosi przeszło 7.000.

6-cio letnie stosowanie szczepień, oraz dokładna obserwacja dzieci szczepionych pozwala nam na ocenę tej metody zapobiegawczej. Sprawozdanie to stwierdza zupełną nieszkodliwość szczepień, opierając się na ścisłych badaniach klinicznych, oraz na statystyce, która wykazuje obniżenie ogólnej umieralności wśród dzieci szczepionych, poza tem podkreśla zapobiegawcze znaczenie szczepień w gruźlicy dziecięcej, pod warunkiem, że szczepienia te przeprowadzone są ściśle według zasad z zastosowaniem ochrony dziecka przed zakażeniem w ciągu 4 tygodni po szczepieniu.

Opierając się na dodatnich wynikach dotychczasowych spostrzeżeń Polski Związek Przeciwgruźliczy pragnie udostępnić publiczności korzystanie ze szczepień w szerszym zakresie, niż to było dotychczas i w tym celu otwiera Stację szczepień przeciwgruźliczych przy Klinicę Dziecięcej U. W. (Marszałkowska 24).

Stacja szczepień udzieli zgłaszającym się rodzicom wszelkich informacyj, oraz wykona szczepienia w domu wzgl. lecznicy.

ANKIETA
W SPRAWIE KARPAT WSCHODNICH.

Miisterstwo Komunikacji rozesłało świeżo protokół Ankiety w sprawie Karpat Wschodnich, odbytej w 1931 roku z inicjatywy Urzędu Wojewódzkiego w Stanisławowie, opracowanej przez dr. Mieczysława Orłowicza i Stanisława Lenartowicza. Ankieta zainicjonowana przez Polskie Tow. Tatrzańskie dotyczyła Karpat Wschodnich

zarówno jako terenu turystycznego, jak letniskowego, zagadnień rozwoju Huculszczyzny, ochrony przyrody, terenów myśliwskich, rybackich i t. p. Wśród blisko 100 uczestników ankiety znaleźli się też reprezentanci Związku Uzdrowisk Polskich, Lwowskiej Izby Lekarskiej, Komisji Klimatycznej w Jaremczu i Worochcie, dr. Tarnawski z Kosowa. Między innymi tematem Ankiety był też rozwój zdrojowisk w Karpatach Wschodnich. W szczególności wicerezes Związku Uzdrowisk Polskich, dr. Włodzimierz Kryński, referował program inwestycji i potrzebę kredytu dla uzdrowisk, dr. Adam Lenkiewicz o warunkach rozwoju letnisk w Gorganach, starosta Franciszek Sokół o powiecie nadwórniańskim, jako terenie uzdrowiskowym, dr. Tarnawski o walorach uzdrowiskowych pow. kosowskiego, dr. Wacław Majewski, Naczelnik Wydziału Zdrowia w woj. lwowskiem o dolinie Oporu, jako terenie uzdrowiskowym.

HORMOSPERMINE

Wyciąg z całkowitych gruczołów płciowych męskich, kanalików nasiennych, gruczołu krokowego i gruczołu śródmiąższowego.

WSKAZANIA:

Niemoc płciowa
Zaburzenia rozwojowe
Starzenie się
Neurastenja
Wyczerpanie ustroju
Błednica u dziewcząt
Przejawy przekwitania





Dawka:
3 razy dziennie po 20-40 kropel.

Próby i literatura na żądanie WPP. lekarzy

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9 · TELEF. 9-24-39, 9-30-42

J. WŁODARCZYK

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji, Warszawa, Tucholska 10. tel. 11.30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.